

結核指定医療機関変更届

年 月 日

福岡県糸島保健福祉事務所長 殿

指定医療機関の開設者
住所（所在地）

氏名（名称及び代表者職氏名）

電話（ — — ）

下記のとおり変更したので届けます。

記

指定医療機関	(所在地)		
	(名称)		
変更事由（該当するものに○をつけてください）	変更年月日	年 月 日	
1 指定医療機関の所在地の変更（呼称の変更等） 2 開設者住所（所在地）の移転 3 開設者住所（所在地）の変更（呼称の変更等） 4 開設者名の変更			
変更事項	(旧)		
	(新)		