

結核指定医療機関変更届

		医療機関コード						
指定医療機関	指定番号	第 号 平成・令和 年 月 日						
	(フリガナ) 名 称							
	所在地	〒						
変更事項	変更後							
	変更前							
変更年月日		令和 年 月 日						
変更の理由								

上記のとおり変更しましたので届けます。

令和 年 月 日

保 健 所 長 あて

〒

開設者の住所

(法人の場合は法人の住所地)

届出者

開設者の氏名

印

(法人の場合は法人の名称及び代表者の氏名)

電 話 ()

保 健 所 受 付 欄

注 意 事 項

- 1 この書類は所在地を管轄する保健所へ提出してください。
- 2 この書類は指定申請書の記載事項に変更があったとき、所要事項を記載し提出してください。
 - ① 医療機関名称の変更
 - ② 医療機関の住居表示の変更等
 - ③ 開設主体に変更のない、氏名、名称の変更
 - ④ 開設者の住所変更
- 3 結核指定医療機関変更については、新たに指定書は発行せず台帳修正のみとなります。

記 載 要 領

- 1 指定医療機関の「指定番号」は指定通知書によって通知した番号を算用数字で記載してください。
- 2 医療機関の「名称」は略称等を用いることなく指定申請の場合におけるような正式名称を記載してください。
- 3 指定医療機関の「所在地」は番地まで記載してください。
- 4 変更事項の「変更前」欄には従来届け出ていたことを、「変更後」欄にはそれが今回変更されたことをそれぞれ記載してください。
- 5 「届出者」が法人の場合には「法人の所在地」「法人の名称」及び「代表者氏名」を記載し、法人印を捺印してください。