

結核指定医療機関変更届

年 月 日

横 浜 市 長

開設者氏名

(法人の場合は、法人の名称及び代表者名)

開設者住所

(法人の場合は、法人所在地)

以下のとおり変更を届け出ます。

指定年月日及び 指定番号	年 月 日	横浜市第 号
医療機関の名称		
医療機関の所在地		
変更年月日	年 月 日	
変更事項	変更前	
	変更後	
変更理由 (該当番号を○で囲む)	1. 内容の変更を伴わない医療機関の名称変更 2. 住所表示変更等による医療機関所在地名の名称及び番地変更 3. 婚姻、養子縁組、法人の名称等による開設者の変更 4. 開設者の住所変更 5. その他 ()	

* 「結核指定医療機関指定書」 (第4号様式) 原本を添付してください。

本申請に関する連絡先

担当者名 _____

電話番号 _____