

結核指定医療機関変更届

令和 年 月 日

(提出先)

川越市長 川合善明

変更前の指定医療機関の所在地 _____

変更前の指定医療機関の名称 _____

開設者住所 _____

* 開設者が法人の場合は法人の主たる事務所の所在地を記入

開設者氏名 _____ 印

* 開設者が法人の場合は法人名称及び代表者職氏名を記入し、法人の代表者印を押印

* 開設者が個人の場合、署名であれば押印は不要です

(昭和・平成・令和) 年 月 日付けで指定された結核指定医療機関の下記事項について、**令和 年 月 日**に変更があったのでお届けします。

記

変更事項 (該当する理由を○で囲む)

- ア 医療機関の単なる名称変更
- イ 地名若しくは、地番の形式的変更
- ウ 開設者の単なる名称変更、又は住所変更

変更内容

新	
旧	

※ 結核指定医療機関指定書(様式第2号)を添付すること。