

結核指定医療機関変更届

年 月 日

滋賀県知事 様

開設者の住所 _____
(法人の場合は所在地)

開設者の氏名 _____
(法人の場合は名称および代表者名)

連絡先電話番号 _____

下記のとおり変更したいので、届けます。

記

医療機関の名称	
医療機関の所在地	〒 _____ 電話 _____ -----
変更年月日	年 月 日
変更事由	1. 医療機関の名称変更(開設者の変更は除く。) 2. 形式的所在地の変更(建物の移転は除く。) 3. その他()
変更事項	旧 ----- 新
医療機関コード	_____, _____, _____ (7桁)