（第４０号様式）

**結核指定医療機関変更届**

　　　年　　　月　　　日

鹿児島市長　　殿

開設者　　住所

氏名

（法人にあっては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名）

届出事項について、下記のとおり変更がありますので届け出ます。

１　現在、指定を受けている事項

医療機関　　所在地

名称

指定番号　　鹿児島市地区　（　　　　　　　　）　第　　　　　　　　　　号

２　変更の内容　　　　　□　開設者の氏名　　　□　開設者の住所

□　医療機関の名称　　　□　医療機関の所在地（呼称・地番の変更）

３　変更年月日　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月　　　　　　日

４　変更事項

|  |  |
| --- | --- |
| 新 |  |
| 旧 |  |

この届出書には「結核指定医療機関指定書　原本」を添付すること。

（注）「開設者の住所」及び「医療機関の所在地」は正式な地番により「丁目」「番」「号」の表記まで記入すること。

この申請に関する連絡先（担当：　　　　　　　　　　連絡先：　　　　　　　　　　）