

(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

氏名 : _____

住所 : _____

(法人にあっては、法人の名称及び代表者の職氏名、法人の住所)

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

医療機関の名称 : _____

医療機関の所在地 : _____

指定番号 : _____

指定日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

2 変更年月日 : _____ 年 _____ 月 _____ 日

3 変更の内容 (新しく変更した情報を記入してください)

医療機関の名称 : _____

医療機関所在地
(呼称・地番の変更) : _____

開設者の氏名 : _____

開設者の住所 : _____

4 備考欄

{ } _____

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 : _____)