

(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： _____)