

結核患者医療機関変更届

令和 年 月 日

下関保健所長 殿

住 所
申 請 者
氏 名

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則第20条の3第5項の規定により、次のとおり医療機関の変更を申請いたします。

患 者	氏 名			公費負担者番号 及び受給者番号								
	生年月日	年 月 日	男・女	医 療 機 関								
	住 所			同 上 の 所 在 地								
変更しようとする 医 療 機 関				理 由								
同 上 所 在 地												
変更予定年月日		令和 年 月 日										