

結核指定医療機関一部変更届

下記のとおり変更しましたので、届け出ます。

年 月 日

変更を生じた事項

- | | |
|--------------------|-------------|
| 1 病院、診療所または薬局の名称 | 3 開設者の氏名・名称 |
| 2 病院、診療所または薬局の所在地名 | 4 開設者の住所 |

上記に係る内容

変更前	
変更後	
変更年月日	

指定番号 第 号
指定年月日 年 月 日

病院、診療所又は薬局の所在地

病院、診療所又は薬局の名称

病院、診療所又は薬局の開設者
(法人の場合は、法人の住所、名称及び代表者職氏名)

住所

氏名

下関市長 様