

様式第72号

結核指定医療機関変更届

年 月 日

久留米市保健所長 殿

指定医療機関の開設者

住所（所在地）

氏名（名称及び代表者職氏名）

電話（           —           —           ）

下記のとおり、変更いたしますので届けます。

記

1 変更内容

旧)

新)

2 変更予定年月日

3 備考