

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（ — — ）

下記のとおり変更したので届けます。

記

1 変更内容
旧)

新)

2 変更年月日

3 備考