

結核指定医療機関変更届

申請日

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）

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名（名称及び代表者職氏名）

電話（〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇）

〈法人の場合〉

〇〇法人〇〇会〇〇医院 代表職 代表者名

株式会社〇〇 代表職 代表者名 など

〈個人の場合〉

開設者の氏名

下記のとおり変更したので届けます。

記

1 変更内容

旧) 名称：〇〇医院、〇〇薬局

開設者の住所：〇〇県〇〇市〇〇番地 など

新) 名称：△△医院、△△薬局

開設者の住所：△△県△△市△△番地 など

2 変更年月日

〇〇年〇〇月〇〇

3 備考