

結核指定医療機関変更届

年 月 日

(あて先) 札幌市長

開設者の住所

(法人の場合は法人の所在地)

届出者

開設者の氏名

印

(法人の場合は法人の名称及び代表者の氏名)

年 月 日付、札 第 号をもって指定された医療機関に変更がありましたので届け出ます。

記

1 結核指定医療機関の名称

2 変更事項

変更区分 (該当数字に○)	1 医療機関の名称の変更 2 開設者の氏名 (法人名称・代表者氏名) 3 医療機関の所在地の地名地番の変更 4 開設者の住所 (法人の所在地)
変更事項 (変更区分)	新
	旧
変更事項 (変更区分)	新
	旧
変更年月日	年 月 日

※1 結核指定医療機関指定書又は結核指定医療機関指定書再交付申請届 (様式 3) を添付すること。

※2 結核指定医療機関の名称は、結核指定医療機関指定書に記載されている名称を記入すること。

※3 変更区分の欄は、該当する数字に○を付けること。

※4 変更事項の欄に、該当する変更区分の数字を記入すること。