様式第68号

結核指定医療機関変更届

岩手県　　　　保健所長　　　　　　　　　様

令和　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関の名称 |  |  |
| 同所在地 |  |  |
| 開設者の住所 |  |  |
| 氏名 |  |  |

記

結核指定医療機関に係る次の事項が変更となったので届出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関の名称 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 医療機関の所在地 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 開設者の氏名 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 開設者の住所 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 変更年月日 | |  |

※医療機関コードが変更になった場合は、辞退のうえ新規申請が必要であること。

※開設法人の代表者氏名の変更の場合は届出を要さないこと

※申請日及び変更年月日は西暦ではなく元号表記とすること