

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