

結 核 指 定 医 療 機 関 変 更 届

このたび、下記のとおり申請事項を変更しましたので、届け出ます。

令和 年 月 日

記

変 更 事 項	(該当するものに○を付すこと) ア 医療機関の名称の形式的変更 イ 医療機関の所在地表示の形式的変更 ウ 開設者の住所・名称の形式的変更	
変 更 内 容	変 更 前	変 更 後
変更年月日		

指定医療機関の所在地 〒

指定医療機関の名称

指定医療機関の開設者氏名

(法人等に当たっては、法人等の名称、代表者氏名)

指定医療機関の電話番号

住所

氏名

岐 阜 県 知 事 様