様式４２

**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

（法人等にあたっては、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