

指定医療機関変更届（結核）

年 月 日

（あて先）福 岡 市 長

医療機関の開設者

住所

氏名

下記のとおり変更したので届けます。

指定 医療 機関	指定番号	
	名称	
	所在地	
変更 事項	旧	
	新	
変更年月日	年 月 日	
変更事由 ※該当するものに ○をつけてくだ さい。	1 内容の変更を伴わない医療機関の名称変更 2 形式的所在地の変更（所在地の呼称の変更等をいう。） 3 開設者名の変更（婚姻、養子縁組、法人の名称変更等をいう。） 4 その他（ ）	