

指定医療機関変更届（結核）

年 月 日

（あて先）福岡市長

申請者（指定医療機関の開設者）

住所（法人にあつては主たる事務所の所在地）

電話番号（ ）

氏名（法人にあつては名称及び代表者職氏名）（※）

（※） 本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

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（住居表示の変更などにより、医療機関の所在地名の呼称及び地番に変更があったとき。） 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 開設者住所の変更	

注1) 医療機関指定書を添付すること

注2) 申請者（指定医療機関の開設者）は医療機関指定書のとおりに記載すること

受付印