

指定医療機関変更届（結核）

年 月 日

（あて先）福 岡 市 長

提出者は受付時に身分証明書を
ご提示ください。

申請者（指定医療機関の開設者） 注 2）

住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）

電話番号 （ ）

氏名（法人にあっては名称及び代表者職氏名）

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（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

保健福祉センター記載欄）

提出者 （☐ 本人確認済）

☐ 申請者本人

☐ その他 （ ）

受付印