

年 月 日

山 形 県 知 事 殿

結核指定医療機関の開設者の住所

結核指定医療機関の開設者の氏名
(法人にあってはその名称並びに代表者の職及び氏名)

結核指定医療機関の所在地及び名称

結 核 指 定 医 療 機 関 変 更 届

年 月 日指令 第 号で指定を受けました結核指定医療機関について、
年 月 日下記のとおり変更がありましたのでお届けします。

記

変 更 事 項

新

旧

保健所受付欄

備考

この届出書に、次の書類を添付の上、所在地を管轄する保健所へ提出すること。

- (1) 結核指定医療機関指定書
- (2) 病院及び診療所にあっては変更後の使用許可書の写し又は開設届の写し
- (3) 薬局にあっては変更後の開設許可証の写し