様式第49号

結核指定医療機関変更届

年　月　日

水戸市保健所長　様

 開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 氏名　　　　　　　　　　　　㊞

次のとおり変更しましたのでお届けします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
| 変更理由 |  |
| 備考 |  |

※医療機関指定書を添付のこと。