様式第３号　　　　　　　 名称

結核指定医療機関　　　　所在　　　　変更届書

診療科目

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 開　設　者 |  |
| 変更事項 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 変更年月日 | 　年　　　月　　　日 |
| 変更の理由 |  |

上記のとおり変更しましたので、届け出ます。

　　　　　年　　　　　月　　　　　日

　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

福島市保健所長　様