

年 月 日

(あて先) 八 戸 市 長

医療機関の所在地

医療機関の名称

開設者住所

開設者氏名

印

結 核 指 定 医 療 機 関 変 更 届

次のとおり変更したので届け出ます。

変更事項 (該当するものに ○をすること。)	1 医療機関の名称変更	
	2 住所表示の変更等による所在地名や呼称及び地番変更	
	3 婚姻、養子縁組、法人の名称変更等による、開設者名変更	
	4 その他 ()	
	変 更 前	変 更 後
変更年月日	年 月 日	

(注) 医療機関コードに変更がある場合は、新規の指定申請と辞退届の提出が必要です。