

結核指定医療機関変更届

令和 年 月 日

佐賀県知事様

開設者の住所

.....
(法人の場合は所在地)

開設者の氏名

.....
(法人の場合は名称及び代表者名)

下記のとおり変更がありましたので、お届けします。

記

医療機関 〔病院・診療所(歯科) ・一般)・薬局 (法人・個人)〕	所在地	
	名称	
結核指定 医療機関 指定書	年月日	昭和・平成・令和 年 月 日
	指定番号	佐賀県指令 第 号
	整理番号	
変更年月日	令和 年 月 日	
変更理由 (該当するものに○をつけてください)	1 開設者氏名の変更(開設主体に変更なし) 2 開設者住所の変更 3 医療機関名称の変更 4 医療機関の所在地の変更(呼称及び地番の変更)	
変更事項	旧	
	新	

「開設者の住所」及び「医療機関の所在地」は正式な地番により「丁目」「番」「号」の表示まで記入すること。

(注)「医療機関指定書」(紛失した場合は紛失届)を添付すること。