結核指定医療機関変更届

令和　　年　　月　　日

　大分県知事　　　　　　　　殿

医療機関・薬局の名称

医療機関・薬局の所在地

開設者の氏名

（法人の場合は法人の名称）

開設者の住所

　（法人の場合は法人の住所）

　　届出事項に変更があったので、下記のとおり届け出ます。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更事項 | 新 |  | | |
| 旧 |  | | |
| 変更事由 | １　医療機関・薬局の名称変更  ２　医療機関・薬局の所在地名の変更（呼称及び番地の変更等）  ３　開設者の名称変更（法人格等の内容変更を伴わないもの）  ４　開設者の住所変更 | | |
| 変更年月日 | | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |

　※変更年月日は、申請日以降の年月日または申請日と同日とすること。