

(結核第48号様式)

結核指定医療機関変更届

年 月 日

鹿児島県知事 殿

医 療 機 関

所在地名 _____

名 称 _____

医療機関開設者

住 所 _____

氏 名 _____

下記のとおり変更したので、届け出ます。

医療機関の名称	新	
	旧	
医療機関の所在地名	新	
	旧	
開設者の住所	新	
	旧	
変 更 年 月 日	年 月 日変更	

※ 変更届出を提出する場合

- ① 住居標示の変更により、医療機関の所在地名の呼称及び地番の変更があった場合
- ② 開設者の住所の変更があった場合

この届出書には「結核指定医療機関指定書」も添付すること。