様式５

結核指定医療機関変更届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

　（あて先）

一 宮 市 長

　　　病院、診療所

所 在 地

　　　または薬局の

病院、診療所

名　　　称

　　　または薬局の

病院、診療所

開設者住所

　　　または薬局の

 　　（法人の場合は、法人の住所）

　病院、診療所

開設者氏名

　　　または薬局の

 　　（法人の場合は、法人の名称・代表者職氏名）

　感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第38条第2項の規定に基づき、結核指定医療機関として指定を受けていますが、下記のとおり変更があったので届出ます。

記

１　指定年月日　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　日

２　指定番号　　　　　　　　　　　第　　　　　　　　　号

３　変更した事項　　　　（１）変更前

　　　　　　　　　　　（２）変更後

４　変更した理由

５　変更年月日　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日

※指定書を添付して保健所に提出してください。