

年 月 日

結核指定医療機関変更届

墨田区長 あて

(指定医療機関)

指定番号

所在地

名称

(開設者)

住所

氏名

印

〔開設者が法人にあっては、その事務所の所在地及び名称並びに代表者の氏名〕

年 月 日付けで指定された結核指定医療機関について、下記の事項に変更があったので、届け出ます。

記

変更事項：

(変更前)

(変更後)

変更年月日： 年 月 日

〔参考事項〕