様式第15号

結核医療を受ける結核指定医療機関変更届

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　　広島県　　保健所長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

　結核医療を受ける医療機関を、次のとおり変更したいので届けます。

１　患者　住　所

　　　　　氏　名

２　現在医療を受けている指定医療機関

　　所在地

　　名　称

３　新たに医療を受けようとする指定医療機関

　　所在地

　　名　称

４　変更する理由

５　変更する年月日　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日