様式第27号

結核指定医療機関変更届

　　　　　年　　　月　　　日

　広　島　県　知　事　　様

　　　住　　　所

　　　氏　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　次のとおり変更しましたので、届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変　　更　　前 | | 変　　更　　後 |
|  | |  |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| 変更理由  　（該当のものに○をすること。） | １　医療機関の名称変更  　２　住居表示の変更による住所（所在地）の変更  　３　開設者の住所変更  　４　開設者の代表者の変更 | |

　※　指定書添付不要