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

（法人にあっては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名）

　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 | |

（注１）結核指定医療機関指定書の書換交付を希望する場合は、指定書を添付し、結核指定医療機関指定書書換交付・再交付願を提出してください。

（注２）医療機関の所在地の移転や開設者の変更は、新規の指定申請と辞退届の提出が必要です。