

結核指定医療機関指定書変更届

令和 年 月 日

(宛先) 奈良市長

指定医療機関の 名称

所在地 奈良市

電話番号

開設者氏名 印

(法人の場合は法人の名称)

開設者住所

(所在地と異なる場合のみ。法人の場合は法人の住所)

医療機関コード

次のとおり変更します(しました)のでお届けします。

指定番号	指 定 第 号
変更事項	旧
	新
変更年月日	
変更理由	

単なる名称変更、住居表示の変更による所在地の変更など軽微な変更の場合のみ。

指定医療機関指定書(紛失した場合は、紛失届)を添付すること。