

## 結核指定医療機関変更届

令和 年 月 日

大分県知事 殿

医療機関・薬局の名称

医療機関・薬局の所在地

開設者の氏名

(法人の場合は法人の名称)

印

開設者の住所

(法人の場合は法人の住所)

届出事項に変更があったので、下記のとおり届け出ます。

### 記

変更事項	新	
	旧	
変更事由	1 医療機関・薬局の名称変更 2 医療機関・薬局の所在地名の変更（呼称及び番地の変更等） 3 開設者の名称変更（法人格等の内容変更を伴わないもの） 4 開設者の住所変更	
変更年月日	令和	年 月 日