様式第6-4号

**結核指定医療機関変更届**

令和　　　　年　　　　月　　　　日

（宛先）東大阪市長

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の種類（○印） | 1.　病院　　　2.　診療所　　　3.　薬局 |
| 医療機関コード番号（保険薬局番号）  ※　任意でご記入ください | № |
| 医療機関の所在地 | 〒 |
|  |  |
| 医療機関の開設者等住所  （法人の場合は、法人の住所） |  |
| 医療機関の開設者等氏名  （法人の場合は、法人の名称及び代表者職氏名） |  |

次のとおり変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更年月日 | | 令和　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 変更理由 （該当番号に○印） | | 1.　内容の変更を伴わない医療機関の名称変更 |
| 2.　住所表示変更等による医療機関の所在地名の呼称及び地番変更 |
| 3.　婚姻、養子縁組及び法人の名称変更等による開設者名変更 |
| 4.　開設者の住所変更 |

|  |
| --- |
| 本届書の内容についての連絡先 |
| TEL 　 ( 　　　 ) |