

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	No.
医療機関の所在地	〒
(フリガナ) 医療機関の名称	
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 ()