

(あて先) 浜松市長

届出者 住所

氏名

結核指定医療機関指定事項変更届

下記事項に変更がありましたので、届出します。
なお、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律を遵守し、
記載事項に虚偽がないことを誓約します。

1 医療機関名

住 所

2 変更事項

| | |
|------|--|
| 変更事項 | |
| 変更前 | |
| 変更後 | |

3 変更理由

4 変更年月日 年 月 日

5 添付書類 結核指定医療機関指定書