

# 結核指定医療機関指定書記載事項変更届

(病院、診療所、薬局または指定訪問看護事業者等)

令和 年 月 日

(あて先) 横 須 賀 市 長

## 指定医療機関

所在地

名 称

## 開設者

(法人その他の団体にあつては、法人等の所在地、名称および代表者の氏名)

住 所

氏 名

所在地

次のとおり結核指定医療機関の 名 称 について変更がありましたので届けます。

開設者

内 容

変 更 年 月 日	変 更 後	変 更 前	変 更 事 由

※変更事由が内容の場合は、上記の変更後の欄に「別紙添付書類のとおり」と記入し、その内容を「感染症指定医療機関申請書添付書類（第2号様式）」に明記ください。

※なお、届出の際は必ず取得済みの「医療機関指定書」を添付してください。