

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)

平成 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

次のおり結核指定医療機関の 所在地 名称 開設者 について変更がありましたので届けます。

変更年月日	変更後	変更前	変更事由

※取得済みの「医療機関指定書」を添付してください。