様式第４９号

結核指定医療機関変更届

　　年　　月　　日

茨城県　　　保健所長

開設者住所

氏名

次のとおり変更しましたのでお届けします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医療機関 | 指定番号 |  |
| 名　　称 |  |
| 所在地 |  |
| 変更事項 | 旧 |  |
| 新 |  |
| 変更年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 変更の理由 |  |
| 備　　　　考 |  |

※　医療機関指定書を添付のこと。