

結核指定医療機関変更届

年 月 日

神奈川県知事 殿

結核指定医療機関の所在地

結核指定医療機関の名称

結核指定医療機関の開設者

住 所

氏 名

(法人にあつては所在地、名称及び代表者職氏名)

次のとおり変更があつたので、届けます。

| | | |
|------------------------------|--|-------|
| 変更事項 〔 該当に ○ をすること。 〕 | 1 医療機関の名称変更 2 新住居表示等による所在地名、地番等の変更 3 開設者の氏名の変更(養子縁組、婚姻等) 4 法人の名称変更(開設主体に変更がない場合に限る) 5 開設者の住所変更 6 その他() | |
| | 変 更 前 | 変 更 後 |
| 変更年月日 | 年 月 日 | |

(注1) 法人代表者に係る変更については、届出は必要ありません。

(注2) 医療機関の移転や開設者の変更は、新規の指定申請及び辞退届の提出が必要です。