

結核指定医療機関変更届

神戸市保健所長 あて

年 月 日付 号による結核指定医療機関に変更がありますので届けます。

また、変更後も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第38条第2項の規定による結核指定医療機関として指定されることに同意します。

令和 年 月 日

指定医療機関の開設者の住所
(法人の場合は法人の所在地)

指定医療機関の開設者の氏名
(法人の場合は法人の名称及び代表者の名前)

フリガナ
結核指定医療機関の名称
(指定書・通知書の名称)

変更区分 (該当に○)	1 医療機関の所在地 2 フリガナ 医療機関の名称 3 開設者の氏名(法人名称・代表者)
変更事項 (変更区分)	新 〒 ☎ 旧 〒 ☎
変更事項 (変更区分)	新 〒 ☎ 旧 〒 ☎

※各区保健福祉部記入欄

受付(指定)年月日、または受付日以降で医療機関が変更をする日 令和 年 月 日 通知書の添付：有・無（なければ紛失届を添付してください） 神戸市医師会：1 会員 2 非会員 結核健康診断委託契約書：有 無 委任状(医師会会員のみ必要)：有 無	受付印
--	-----