様式第７２号

結　核　指　定　医　療　機　関　変　更　届

申請日　年　　月　　日

久留米市保健所長　殿

〈法人の場合〉
○○法人○○会○○医院　代表職　代表者名
株式会社○○　代表職　代表者名　など
〈個人の場合〉
開設者の氏名

指定医療機関の開設者
住所（所在地）
○○県○○市○○町○○番地
氏名（名称及び代表者職氏名）

電話（○○○○－○○－○○○○）

下記のとおり変更したので届けます。

記

１　変更内容
旧）名称：○○医院、○○薬局
開設者の住所：○○県○○市○○番地　など
新）名称：△△医院、△△薬局
開設者の住所：△△県△△市△△番地　など

２　変更年月日
○○年○○月○○

３　変更事由　　１.内容の変更を伴わない医療機関の名称の変更
２.形式的所在地の変更
（住居表示の変更などにより医療機関の所在地名の呼称及び地番に変更があった場合）
３.開設者名の変更（婚姻、養子縁組、法人の名称変更等）
４.開設者住所の変更

該当する項目に○を付けてください

４　備考　　※１申請者は医療機関指定書の通りに記載すること。
※２変更届とともに指定書を添付すること。