

(様式23)

結核指定医療機関変更届

年 月 日

鳥取市保健所長 様

医療機関の名称

医療機関の所在地

開設者の氏名

印

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項の規定により、結核指定医療機関の指定を受けた事項を下記のとおり変更しました。

記

医療機関の名称	新	
	旧	
医療機関の所在地	新	
	旧	
開設者の氏名	新	
	旧	
開設者の住所	新	
	旧	
変更年月日		年 月 日