

結核指定医療機関変更届

年 月 日

(あて先) 川崎市長

住所 _____

指定医療機関の開設者

(届出者) 氏名 _____ 印

〒

所在地 川崎市 _____ 区 _____

指定医療機関の (電話番号: _____)

(E-Mail: _____ @ _____)

名 称 _____

(医療機関コード _____)

次のとおり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

律の結核指定医療機関の

所在地

名 称

開設者住所

開設者名

について変更がありましたので

届け出ます。

変更年月日 _____ 年 月 日

変 更 前 _____

変 更 後 _____

変 更 事 由 _____