

## 結核指定医療機関変更届

令和 年 月 日

北九州市長 様

医療機関又は薬局の開設者

住所 ( 法人にあつては主たる  
事務所の所在地 )

電話番号

氏名 ( 法人にあつては名称  
及び代表者の氏名 )

年 月 日指定された医療機関の に下記のと

おり変更があつたので、「医療機関指定書」を添えてお届けします。

### 記

#### 1 変更事項

新 \_\_\_\_\_

旧 \_\_\_\_\_

#### 2 変更事由 (該当数字に○を付すること)

- (1) 医療機関の名称変更 (開設者の変更に伴う場合及び診療所から病院への変更を除く)
- (2) 形式的所在地の変更 (住居表示制度実施に伴う呼称変更。移転を除く)
- (3) 開設者の変更
- (4) 開設者の住所変更
- (5) その他

3 変更事項の発生日 年 月 日