様式第４

結核指定医療機関指定書変更届

令和　　　年　　　月　　　日

奈　良　県　知　事　　殿

　　　　　　　　　指定医療機関の　所　在　地

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　（所在地と異なる場合のみ。法人の場合は法人の住所）

開設者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

（法人の場合は法人の名称及び代表者氏名）

次のとおり変更します（しました）のでお届けします。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定番号 | 　指　定　第　　　　　　号 |
| 変更事項 | 旧 |  |
| 新 |  |
| 変更年月日 | 　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 変更理由 |  |

単なる名称変更、住居表示の変更による所在地の変更など軽微な変更の場合のみ。

指定医療機関指定書（紛失した場合は紛失届）を添付すること。