

様式第9

結核指定医療機関変更届

年 月 日

(宛先) 岡 崎 市 長

病院、診療所
または薬局の 所在地

病院、診療所
または薬局の 名称

病院、診療所
または薬局の 開設者住所
(法人の場合は、法人の住所)

病院、診療所
または薬局の 開設者氏名 (※)
(法人の場合は、法人の名称・代表者職氏名)

(※)本人(代表者)が手書きしない場合は、記名押印してください。

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(平成10年10月2日法律第114号)第38条第2項の規定に基づき、結核指定医療機関として指定を受けていますが、下記のとおり変更があったのでお届けします。

記

- 1 指定年月日 年 月 日
- 2 指定番号 第 号
- 3 変更した事項 (1) 変更前
(2) 変更後
- 4 変更した理由
- 5 変更年月日 年 月 日

※指定書を添付して保健所に提出してください。