

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。