結核指定医療機関変更届

（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）

年 月 日

枚 方 市 長 様

医 療 機 関 開 設 者

　　　 (開設者が法人の場合は法人名及び代表者職氏名)

開 設 者 住 所

(法人の場合は、法人所在地)

保険医療機関番号

　 (任意でご記入ください)

下記のとおり変更しましたので届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指 定 通 知 書 | | 保予感　第　　　　　　　　 号 |
| 指定医療機関名称 | |  |
| 指定医療機関所在地 | |  |
| 変  　更  　事  　項 | 変更前 |  |
| 変更後 |  |
| 変更年月日 | |  |
| 変更理由  (該当理由に、○印) | | １．内容の変更を伴わず単に医療機関の名称変更  ２．住所表示変更等による、医療機関の所在地名や呼称及び地番変更  ３．婚姻、養子縁組、法人の名称変更等による、開設者名変更  ４．開設者の住所変更  **【注意事項】**　**法人の代表者変更の場合は、届出不要です。** |

本変更届についての連絡先

１、電話番号：

２、担当者名：

３、変更届受理通知の送付先（○またはその他に必要事項を記載）

　ア：医療機関の所在地　　　　　　イ：開設者等住所

　ウ：その他（〒　　　　　　　　　　　　　　：　　　　宛）