

結核指定医療機関変更届

年 月 日

大阪市長 様

開設者住所

(法人の場合は、法人の住所)

開設者氏名

(法人の場合は、法人の名称及び代表者名)

印

次のとおり変更しましたのでお届けします。

| | | |
|----------------------|---|---------------------|
| 指定医療機関 | 番 号 | 大阪市指令大保第 号 年 月 日 |
| | 名 称 | (旧の名称) |
| | 所在地 | |
| 変更事項 | 旧 | |
| | 新 | |
| 変 更 年 月 日 | 年 月 日 | |
| 保険医療機関番号 (保険薬局番号) | | |
| 変 更 理 由 | 1. 医療機関名称の変更 2. 移転を伴わない医療機関所在地の呼称・地番の変更 3. 開設者の住所または氏名における名称のみの変更 4. その他 () | |

※ 本届に関する連絡先

担当者名 _____

電話 _____

保健福祉センター受付印