

令和 年 月 日

長野県知事 様

結核指定医療機関の所在地
〃 名称
〃 開設者住所
〃 開設者氏名

結核指定医療機関変更届

次のとおり変更したのでお届けします。

変更事項	変更前	
	変更後	
変更年月日	年 月 日	
変更理由 (該当理由に○)	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。	