結核指定医療機関変更届・指定証交付申請書

年　　月　　日

豊橋市保健所長　様

開設者住所
（法人にあっては、事務所所在地）

開設者氏名
（法人にあっては、名称及び代表者職氏名）

☐ 下記のとおり、結核指定医療機関について変更があったので届け出ます。
☐ 下記の結核指定医療機関について、指定証の交付を受けたいので申請します。

記

結核指定医療機関	所在地		
	名称		
	指定年月日	年　　月　　日	
	指定番号		
※変更の届出の場合	変更事項	☐ 結核指定医療機関の名称　☐ 結核指定医療機関の所在地 ☐ 開設者氏名（法人の名称）　☐ 開設者住所（法人の事務所所在地）	
		(変更前)	(変更後)
	変更年月日	年　　月　　日	
	変更理由		
※交付申請の場合	交付申請の理由	☐ 変更　☐ 亡失　☐ 損傷 ☐ その他（　　）	

備考　1　指定されたことを証する書面を提示してください（亡失の場合を除く）。
　　2　☐の部分は、該当するものに✓を記入してください。