

結核指定医療機関変更届

届出年月日

年 月 日

宮崎県知事 殿

年 月 日 付けで指定された医療機関に変更がありましたので届け
出ます。

病院又は診療所(薬局) 名称(フリガナ)		
所在地	〒	
電話番号		
医療機関番号		
開設者の氏名(フリガナ) (法人の場合は法人の名称)		
開設者の住所 (法人の場合は法人の住所)	〒	
変更事項 1	変更前	
	変更後	
変更事項 2	変更前	
	変更後	
変更年月日		