

(様式第 4 - 3 1 号)

年 月 日

(あて先)

秋田県

保健所長

医療機関の指定番号

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の開設者住所

医療機関の開設者名称

結核指定医療機関変更届

年 月 日に指定された医療機関に、次のとおり変更があったので  
届出をします。

変成年月日

変更事項 新

旧

-----  
\*連絡先

|       |  |
|-------|--|
| 担当者氏名 |  |
| 所属    |  |
| 電話    |  |