（結核第４８号様式）

結核指定医療機関変更届

年　　月　　日

鹿児島県知事　　殿

医　療　機　関
所在地 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
名　称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医療機関開設者
住　所 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　印

下記のとおり変更したので，届け出ます。

医療機関の所在地	新	
	旧	
開設者の住所	新	
	旧	
変更年月日		年　　月　　日変更

※ 変更届出を提出する場合

① 住居標示の変更により，医療機関の所在地名の呼称及び地番の変更があった場合

② 開設者の住所の変更があった場合

この届出書には「結核指定医療機関指定書」も添付すること。