

年 月 日

(あて先) 金 沢 市 長

指定医療機関 所在地  
名 称  
保険医療機関(薬局)コード

開 設 者 住 所  
氏 名  
電話番号

印

結 核 指 定 医 療 機 関 変 更 届  
(名称・所在地・開設者の住所等)

次の事項について変更があったので届出します。

記

変更事項	新	旧	変更年月日

注意事項；所在地の変更は、番地まで記入してください。