

年 月 日

(宛先) 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

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け出ます。

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。