

(様式第40号)

## 結核指定医療機関変更届

(名称・開設者の住所・地番表示の変更)

変更した理由

---

変更年月日

平成 年 月 日

---

変更事項

---

変更前

---

変更後

---

上記のとおり変更したのでお届けします。

平成 年 月 日

開設者の住所

(法人等にあつては、法人等の所在地)

---

開設者の氏名

(法人等にあつては、法人等の名称)

印

---

長崎県知事

様

法人等の代表者の氏名・住所の変更については、届出する必要はありません。

添付書類：指定書（紛失した場合は紛失届）

(様式第39号)

## 結核指定医療機関指定書紛失届

結核指定医療機関指定書を紛失しましたのでお届けします。

平成 年 月 日

医療機関・薬局の所在地

---

医療機関・薬局の名称

---

開設者の住所

(法人等にあつては、法人等の所在地)

---

開設者の氏名

(法人等にあつては、法人等の名称)

---

印

長崎県知事

様