

(様式3)

結核指定医療機関変更届兼書換交付願

令和 年 月 日

尼崎市長 様

開設者住所（法人の場合は、法人の住所）

開設者氏名（法人の場合は、法人の名称）

次のとおり変更を届出るとともに結核指定医療機関指定書の書換交付を願います。

指定年月日及び番号	年 月 日 / 第 号
医療機関の所在地	
医療機関の名称	
変更年月日	年 月 日
変更事項	変更前
	変更後
変更理由 (該当箇所に○印)	1 医療機関の名称変更 2 医療機関の所在地変更（住居表示変更による） 3 開設者氏名変更（婚姻、養子縁組、法人名変更） 4 開設者住所変更
指定書送付先	<input type="checkbox"/> 開設者住所 <input type="checkbox"/> 医療機関の所在地 <input type="checkbox"/> その他（下記に記載）

※「結核指定医療機関指定書」を添付してください。

指定書を紛失した場合は、「結核指定医療機関指定書紛失届」を提出してください。

※本申請に関する連絡先

担当者名 _____

電話番号 _____