結核指定医療機関変更届

　　年　　月　　日

神奈川県知事　殿

結核指定医療機関の所在地

結核指定医療機関の名称

結核指定医療機関の開設者

住　　　所

氏　　　名

（法人にあっては所在地、名称及び代表者職氏名）

次のとおり変更があったので、届けます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変更事項  該当に  をすること。 | １　 医療機関の名称変更  ２　 新住居表示等による所在地名、地番等の変更  ３　 開設者の氏名の変更（養子縁組、婚姻等）  ４　 法人の名称変更（開設主体に変更がない場合に限る）  ５　 開設者の住所変更  ６　 その他（　　　　　　　　　 　 　　 　） | |
| 変　　更　　前 | | 変　　更　　後 |
|  | |  |
| 変更年月日 | 年　　　月　　　日 | |

（注１）　法人代表者に係る変更については、届出は必要ありません。

（注２）　医療機関の移転や開設者の変更は、新規の指定申請及び辞退届の提出が必要です。