様式４

　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福 井 市 長　あて

　　　医療機関　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　（※）

（※）本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印

してください。

結核指定医療機関変更届

　下記のとおり変更が生じましたので、届け出ます。

記

　１　変更した事項　　　　(１)変更前

　　　　　　　　　　　　　(２)変更後

　２　変更した理由

　３　変更年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

※結核指定医療機関指定書（紛失の場合は、結核指定医療機関指定書紛失届）を添付してください。