

# 結核指定医療機関変更届

令和 年 月 日

(あて先)

埼玉県知事

(保健所長を経由すること)

変更前の指定医療機関の所在地

変更前の指定医療機関の名称

開設者の住所（法人の場合は法人の主たる事務所の所在地）

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称及び代表者職氏名）

年 月 日付けで指定された結核指定医療機関の下記事項  
について、年 月 日に変更があったのでお届けします。  
記

変更事項	該当する項目を○で囲む（法人代表者の異動は届出不要）※複数可		
	ア 同一医療機関の単なる名称変更 イ 地名若しくは、地番の形式的変更 ウ 開設者の単なる名称変更、又は住所変更		
変更内容	項目	変更前	変更後
	ア		
	イ		
	ウ		

※ 結核指定医療機関指定書（様式第2号）を添付すること。