様式32

　　　　 　　　　 年 月 日

熊本県知事 様

指定医療機関の指定番号

指定医療機関の所在地等

郵便番号

所 在 地

電話番号

指定医療機関の名称　　　　　　　　（医療機関コード　　　　　　　　　　　　　）

指定医療機関の開設者

住所（法人の場合は、法人の住所）

氏名（法人の場合は、法人の名称）

**結 核 指 定 医 療 機 関 変 更 届**

下記のとおり変更があったので、届け出ます。

（新）

（旧）

変更年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

**変　 更 事 由**

1. 単に医療機関の名称を変更するとき
2. 住居表示の変更などにより、医療機関等の所在地名及び地番に変更があったとき
3. 婚姻、養子縁組、法人の名称変更により、開設者名に変更があったとき
4. 開設者の住所に変更があったとき

* 結核指定医療機関指定書を添付してください。（**結核指定医療機関指定書がない場合は、辞退、申請の手続きを行って下さい。**）

※ 上記「変更事由」の該当する番号を○で囲んでください。