様式第５－１－６号

結核指定医療機関　名　称　所在地　変更届書

|  |  |
| --- | --- |
| 名　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 開　設　者 |  |
| 変更事項 | 新 |  |
| 旧 |  |
| 変更年月日 | 年　　月　　日 |
| 変更の理由 |  |

上記のとおり変更しましたのでお届けする。

　　　　　年　　月　　日

 住　所

 　　　開設者

 氏　名　　　　 印

 福島県知事　　　　　　　　　　　　　　　様