

京都市長 様

結核指定医療機関変更届

変更事項（○印）		名称・所在地・開設者名・開設者住所
変更内容	旧	
	新	
変 更 年 月 日		年 月 日
変 更 理 由		

上記の通り変更したので届出ます。

年 月 日

指 定 医 療 機 関 所 在 地 〒

電話番号

名 称

指定医療機関開設者 氏 名
(法人の場合は法人の名称)