

(様式第 3 号)

年 月 日

盛 岡 市 長 様

病院若しくは診療所または薬局の名称

同所在地

(連絡先電話番号：)

開設者の氏名

医療機関コードNo.

結 核 指 定 医 療 機 関 変 更 届

医療機関の名称	新	
	旧	
医療機関の所在地	新	
	旧	
開設者の氏名	新	
	旧	
開設者の住所	新	
	旧	
変更年月日		