（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№

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 |  |