

様式第3号（第4条関係）

年 月 日

結核指定医療機関変更届

（宛先）松本市長

医療機関等の所在地 _____

名 称 _____

開設者（事業者）

住 所 _____

名 称 _____

代表者 _____

下記のとおり変更したので届け出ます。

記

1 変更事項

新 _____

旧 _____

2 変更理由

3 変更年月日 _____年 月 日