

結核指定医療機関指定書 書換交付  
再交付 願

令和 年 月 日

広島市長

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の開設者

住 所

氏 名

(法人にあつては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名)

結核指定医療機関指定書の 書換交付 ・ 再交付 をお願いします。

<input type="checkbox"/> 書換交付	書換交付の理由 1 医療機関の名称変更 2 住居表示の変更による住所(所在地)の変更 3 開設者の住所変更 4 開設者の代表者の変更 5 その他( )	変更届出  年 月 日
	<input type="checkbox"/> 再交付	再交付の理由 1 亡失 2 き損 3 その他( )
区分	病院 ・ 診療所(一般) ・ 診療所(歯科) ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者 ・ 居宅サービス事業者	

(注1) 書換交付の場合は、結核指定医療機関変更届を提出するとともに、結核指定医療機関指定書を添付してください。

(注2) 指定書を紛失した場合は結核指定医療機関指定書紛失届を提出してください。