

様式第4号（第5条関係）

年 月 日

（宛先）山 形 市 長

結核指定医療機関の開設者の住所  
医療機関の開設者の氏名  
（法人にあってはその名称並びに代表者の職及び氏名）

印

結核指定医療機関の所在地及び名称

### 結 核 指 定 医 療 機 関 変 更 届

年 月 日付け山形市指令 第 号で指定を受けました結核指定医療機関について、次のとおり変更がありましたので届け出ます。

変更事項	変更後	変更前
変更年月日	年 月 日	

山形市保健所受付欄

備考

- （1）病院及び診療所にあっては、結核指定医療機関指定書及び変更後の使用許可書の写し又は開設届の写しを添付すること。
- （2）薬局にあっては、結核指定医療機関指定書及び変更後の開設許可証の写しを添付すること。