

令和 年 月 日

長野市長 宛

医療機関等の所在地 _____
名 称 _____
開設者（事業者）
住 所 _____
名 称 _____
代表者 _____ 印

結核指定医療機関変更届

下記のとおり変更したのでお届けします。

記

1 変更事項

旧 _____

新 _____

2 変更理由

3 変更年月日

令和 年 月 日