

結核指定医療機関

名称
所在地
診療科目

変更届出書

名 称		
所 在 地		
開 設 者		
変 更 事 項	新	
	旧	
変 更 年 月 日	年 月 日	
変 更 の 理 由		

上記のとおり変更しましたので、届け出ます。

年 月 日

住 所

開設者

氏 名

印

郡 山 市 長