

平成 年 月 日

### 感染症指定医療機関（結核指定医療機関）変更届

愛媛県知事 様

指定医療機関

所在地

名 称

指定医療機関開設者

住 所

氏 名

㊟

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号）第 38 条第 2 項の規定に基づく結核指定医療機関を次のとおり変更しましたので、届出します。

#### 記

変更した事項	指定医療機関 1 名 称 〃 開設者 2 住 所 3 氏 名 (該当番号を○で囲む)
変 更 前	
変 更 後	
変 更 年 月 日	平成 年 月 日
備 考	

(注) 感染症（結核）指定医療機関指定書を添付のこと。