

令和 年 月 日

(宛先) 秋 田 市 長

指定医療機関の指定番号

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

指定医療機関の開設者住所

指定医療機関の開設者氏名

結核指定医療機関変更届

年 月 日に指定された医療機関に令和 年 月 日、次の  
とおり変更があったのでお届けします。

変 更 事 項

新

旧

添付書類：医療機関指定書

医療機関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」

※ 変更する項目により手続きが異なる場合がございますので、下記までお問い合わせください。

秋田市保健所健康管理課

感染症・難病担当

TEL：827-5250

FAX：883-1158