

結核医療機関変更届

静岡県西部保健所長 様

患者住所 _____

(ふりがな)
患者氏名 _____

明 大

生年月日 昭 平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

このたび医療機関を下記のとおり変更いたしたく、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施行規則第20条の3第5項の規定によりお届けいたします。（患者票添付）

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

患者との続柄 _____

記

1 変更前医療機関 住 所 _____

名 称 _____

2 変更先医療機関 住 所 _____

名 称 _____

3 変 更 年 月 日 平 成 _____ 年 _____ 月 _____ 日