

様式第5-1-6号

結核指定医療機関 名称 所在地 変更届書

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お届けする。

年 月 日

住所
開設者
氏名 印

福島県知事 様