

年 月 日

池袋保健所長

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

指定医療機関開設者住所
(法人の場合は、法人の住所)

指定医療機関開設者氏名
(法人の場合は、法人の名称)

㊟

指定医療機関変更届

年 月 日付けで指定された感染症指定医療機関について 年
月 日に変更があったので届け出ます。

変更事項

新

旧

参考事項