

第16号様式
(第17条関係)

年 月 日

(宛先) 大田区保健所長

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)

㊟

感染症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