

結核指定医療機関指定書紛失届

年 月 日

1 名称 (医療機関コード:)

2 所在地

電話 (- -)

3 指定記号番号

4 指定年月日

5 紛失の理由

上記のとおりお届けします。

年 月 日

開設者

住所

氏名

福岡県糸島保健福祉事務所長 殿