

結 核 指 定 医 療 機 関 指 定 書 再 発 行 願

年 月 日

福岡県糸島保健福祉事務所長 殿

指定医療機関の開設者住所
(所在地)

氏名 (名称及び代表者職氏名)

電話 (— —)

医療機関指定書を (☐破損 ☐汚損 ☐紛失) したので再発行をお願いします。

記

1 指定医療機関の所在地

2 指定医療機関の名称

3 紛失等理由