

結核指定医療機関指定書紛失届

- 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 ,

福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所長 殿

受 付 印