様式３

　　年　　月　　日

福 井 市 長　様

医療機関

所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

結核指定医療機関指定書紛失届

交付を受けた結核指定医療機関指定書を紛失したので、下記のとおり届け出ます。

記

　指定年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日

※結核指定医療機関指定書の再交付のために指定医療機関指定書再交付申請書を提出する場合、本届の提出は不要です。