様式５

　　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再交付申請書

結核指定医療機関指定書を紛失（破損）しましたので、再交付を申請します。

記

　指定年月日　　　　　　　　年　　　月　　　日