様式３

　　年　　月　　日

福 井 市 長　あて

医療機関　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　（※）

（※）本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印

してください。

結核指定医療機関指定書紛失届

結核指定医療機関指定書を紛失したので、届け出ます。

※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。

※印の欄には記入しないでください。

|  |  |
| --- | --- |
| ※　指定年月日 | 年　　月　　日 |