様式５

　　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。

※印の欄には記入しないでください。

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