様式第７５号

結核指定医療機関指定書 書換交付／再交付 願

年　　月　　日

久留米市保健所長　　殿

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

指定医療機関の開設者
住所（所在地）

氏名（名称及び代表者職氏名）

印

電話（　　－　　－　　）

医療機関指定書の　書換交付　・　再交付　をお願いします。

□ 書換交付	書換交付の理由 １　医療機関の名称変更 ２　住居表示の変更による住所（所在地）の変更 ３　開設者の住所（所在地）変更 ４　開設者名の変更 ５　その他（　　）
□ 再交付	再交付の理由 １　破損 ２　汚損 ３　紛失

添付書類
（１）　書換交付の場合及び再交付のうち破損又は汚損の場合は、医療機関指定書（様式第７０号）
（２）　書換交付の場合は、結核指定医療機関変更届（様式第７２号）