

結 核 指 定 医 療 機 関 指 定 書  
書 換 交 付 願  
再 交 付

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）

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）