

結核指定医療機関指定書再発行願

申請日 年 月 日

久留米市保健所長 殿

〈法人の場合〉

〇〇法人〇〇会〇〇医院 代表職 代表者名
株式会社〇〇 代表職 代表者名 など

〈個人の場合〉

開設者の氏名

指定医療機関の開設者

住所（所在地）

〇〇県〇〇市〇〇町〇〇番地

氏名（名称及び代表者職氏名）

電話（〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇）

下記のとおり医療機関指定書の再発行をお願いします。
今後は管理に十分注意いたします。

記

1 再発行の理由

① 破損

② 汚損

いずれかに○

③ 紛失