

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
- ③ 紛失

いずれかに○