

様式第 7 5 号

結 核 指 定 医 療 機 関 指 定 書 再 発 行 願

年 月 日

久留米市保健所長 殿

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（ — — ）

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