

# 結核指定医療機関指定書紛失届

令和 年 月 日

西宮市長 様

医療機関の所在地	
(フリガナ) 医療機関の名称	
医療機関開設者住所 (法人にあっては法人の住所)	
医療機関開設者氏名 (開設者が法人にあっては代表者氏名)	⑩

結核指定医療機関の指定書を紛失したので届出ます。なお、紛失した指定書を発見した場合は、すみやかに返納します。

※ 本届出書に関する連絡先

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_