

## 結核指定医療機関指定証再交付申請書

年 月 日付西宮市指令（健増）第 号により、結核指定医療  
機関に指定されていましたが、指定証の再交付を受けたいので申請します。

令和 年 月 日

病院若しくは診療所又は薬局の所在地 .....

病院若しくは診療所又は薬局の名称 .....

病院若しくは診療所又は薬局の開設者  
住 所.....

氏 名.....

西宮市長 様