

医療機関指定書紛失届兼再発行願

令和 年 月 日

北九州市長 様

医療機関又は薬局の開設者

住所 (法人にあっては主たる
事務所の所在地)

電話番号

氏名 (法人にあっては名称
及び代表者の氏名)

医療機関指定書を紛失し、結核指定医療機関変更届に添付することができませんのでお届けします。当該変更届により変更のうえ、医療機関指定書を再発行してくださるようお願いいたします。

記

- 指定年月日 年 月 日
- 指定番号 北九州市指令 第 号
- 医療機関名
- 所在地
- 開設者氏名
- 紛失の理由