

結 核 医 療 機 関 指 定 書 紛 失 届

平成 年 月 日

福岡県宗像・遠賀保健福祉環境事務所長 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（ — — ）
医療機関コード

印

医療機関指定書を紛失したので届けます。
今後は管理に十分注意いたします。

記

- 1 指定医療機関の所在地
- 2 指定医療機関の名称
- 3 紛 失 理 由