

結核指定医療機関指定書紛失届

年 月 日

福 山 市 長 様

医 療 機 関 の 所 在 地

医 療 機 関 の 名 称

医 療 機 関 の 開 設 者

住 所

名 前

(法人にあつては、主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職名前)

年 月 日に指定を受けた結核指定医療機関指定書を紛失しましたので、届出します。

なお、失った指定書を発見した場合は、速やかに返納します。