

## 紛失届（結核）

年 月 日

（あて先）福 岡 市 長

医療機関の開設者

住所

氏名

下記のとおり医療機関指定書を紛失しましたので届けます。

### 記

- 1 医療機関名称 .....
- 2 医療機関所在地 .....
- 3 指定番号 .....
- 4 指定年月日 .....
- 5 紛失理由 .....