㊫様式第４５号

紛失届（結核）

年　　月　　日

（あて先）福　岡　市　長

申請者（指定医療機関の開設者）
住所（法人にあっては主たる事務所の所在地）

※提出者は受付時に身分証明書をご提示ください。

電話番号　　（　　）
氏名（法人にあっては名称及び代表者職氏名）　（※）

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　……〔医療機関コード：　　〕

2　医療機関所在地　……

3　指定番号　……

4　指定年月日　……

5　紛失理由　……

注 1）申請者（指定医療機関の開設者）は医療機関指定書のとおりに記載すること
注 2）開設者死亡等の場合は、戸籍法上の届出義務者が届け出ることとし、開設者との続柄を明記のこと

保健所記載欄）
提出者　（□本人確認済）
□申請者本人
□その他（　　）

受付印