㊫様式第４６号

# 指定医療機関指定書再発行願（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）（※）

医療機関指定書を（　破損　汚損　紛失　）したので、再発行をお願いします。
今後は管理に十分注意いたします。

記

1　指定医療機関名称　……〔医療機関コード：　　〕

2　指定医療機関所在地　……

3　指定番号　……

4　指定年月日　……

5　紛失等理由　……

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

注 3）指定書又は写し等が手元にある場合は、添付すること

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 |
| --- |
| |