

## 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（法人にあつては主たる事務所の所在地）

電話番号（ ）

氏名（法人にあつては名称及び代表者職氏名）（※）

（※） 本人（代表者）が手書きしない場合は、記名押印してください。

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 .....

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

受付印

受付印