

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）

電話番号（ ）

氏名（法人にあっ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。

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

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

受付印

受付印