

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）注 1）注 2）

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
- 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

保健福祉センター記載欄）

提出者 （□本人確認済）

☐ 申請者本人

☐ その他 （ ）

受付印