

## 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