

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）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）

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

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