

(様式 3 - 5 - 7)

結核指定医療機関指定書紛失届

結核指定医療機関指定通知書を紛失したので届け出ます。

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

医療機関の開設者

住 所

(法人の場合は法人の住所)

氏 名

(法人の場合は法人の名称)

印

(あて先) 甲 府 市 長