

(様式 3 - 5 - 6)

年 月 日

(あて先) 甲 府 市 長

開設者
住 所
〔 法人にあつては主たる
事務所の所在地 〕

氏 名
〔 法人にあつては法人の
名称及び代表者氏名 〕

印

結核指定届出機関指定書再交付願

次の指定機関の指定書を（ 紛失 ・ き損 ）したので再交付願います。

指定 機 関	種 別	結核指定医療機関
	番 号	第 号
	名 称	
	所在地	