

年 月 日

(あて先) 甲 府 市 長

開設者

住 所

〔 法人にあっては主たる
事務所の所在地 〕

氏 名

印

〔 法人にあっては法人の
名称及び代表者氏名 〕

結核指定医療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	指 定 届 出 機 関
	番 号	第 号
	名 称	
	所在地	