**結核指定医療機関指定書紛失届**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定年月日 | 年 　月 　日 | | 指定番号 | 第 　　　号 |
| 結核指定医療機関 | 所在地 |  | | |
| 名　　　称 |  | | |
| 開設者住所 |  | | |
| 開設者氏名 |  | | |
| 上記の結核指定医療機関指定書を紛失したので届出します。  なお、指定書を発見した時は速やかに返納します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　住所（開設者住所または法人の主たる事務所の所在地）    氏名（開設者氏名または法人の名称及び代表者氏名）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  　（あて先）高崎市長 | | | | |