

医療機関指定書紛失届

令和 年 月 日

北九州市長 様

医療機関又は薬局の開設者

住所 (法人にあつては主たる
事務所の所在地)

電話番号

氏名 (法人にあつては名称
及び代表者の氏名)

医療機関指定書を紛失し、結核指定医療機関辞退届に添付することができませんのでお届けします。

記

1 指定年月日 年 月 日

2 指定番号 北九州市指令 第 号

3 医療機関名

4 所在地

5 開設者氏名

6 紛失の理由