

様式第 26 号

結核指定医療機関指定書紛失届

年 月 日

広島県知事様

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

氏 名

印

年 月 日に指定を受けた結核指定医療機関指定書を紛失しましたので、届出します。

なお、失った指定書を発見した場合は、速やかに返納します。