

結核指定医療機関指定書再交付申請書

令和 年 月 日

四日市市長 あて

申請者	開設者住所又は 法人所在地
	開設者又は 法人名称
	法人の場合 代表者氏名
	電話番号 ()

「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「法」）」第38条第2項の規定による結核指定医療機関について、下記のとおり結核指定医療機関指定書の再交付を申請します。

記

結核指定 医療機関	フリガナ	
	名称	
	所在地	
	指定番号	保 予 第 号
	指定日	年 月 日
申請理由	1 紛失 2 汚損・破損 3 その他 ()	

保健所受付印

記 載 要 領

- 1 指定機関の「番号」は指定書によって通知した番号を算用数字で記載して下さい。
- 2 指定機関の「名称」は略称等を用いることなく、医療法等により開設許可を受ける等の場合における正式名称を記載して下さい。
- 3 指定機関の「所在地」は番地まで記載して下さい。
- 4 「開設者」が法人の場合には、「法人の所在地」「法人の名称」及び「代表者氏名」を記載し、法人印を押印して下さい。