

(様式第 4 - 2 7 号)

結核指定医療機関指定書再交付申請書

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第 3 8 条第 2 項の規定に基づき 年 月 日に指定を受けましたが、結核指定医療機関指定書を紛失（き損）しましたので、再交付を申請します。

年 月 日

医療機関の指定番号

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

名称

(あて先) 秋田県 保健所長

*備考

この申請書は、所在地の管轄する保健所へ提出すること。なお、結核指定医療機関指定書をき損した場合には、その指定書を添付すること。

*連絡先

担当者氏名	
所属	
電話	