

(様式第 4 - 3 0 号)

年 月 日

(あて先)

秋田県 保健所長

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

医療機関の開設者名称

結核医療機関指定書紛失届

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 日に指定されておりますが、その指定書を紛失しましたので届出をします。

*連絡先

担当者氏名	
所属	
電話	