様式４１

亡　　失　　届(結 核)

 年　　月　　日交付を受けた結核指定医療機関指定書を亡失しましたので、届け出ます。

 　　令和　　年　　月　　日

　指定医療機関の所在地

 指定医療機関の名　称

 指定医療機関の開設者

 　　　　　　 住　　所

 　　　　　　　 氏　　名

　岐　阜　県　知　事　様