

様式 4 1

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