（様式６）

結核指定医療機関指定書再交付願

令和 　年 　 月　 日

尼崎市長 様

開設者住所（法人の場合は、法人の住所）

開設者氏名（法人の場合は、法人の名称及び代表者名）

結核指定医療機関指定書の再交付を願います。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定年月日及び番号 | 年　　　月　　　日　／　第　　　　　　　号 |
| 医療機関の所在地 |  |
| 医療機関の名称 |  |
| 再交付の理由 | １　亡失のため  ２　棄損のため  ３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 指定書送付先 | □開設者住所　　□医療機関の所在地　　□その他（下記に記載） |

※「結核指定医療機関指定書」を添付してください。

指定書を紛失した場合は、「結核指定医療機関指定書紛失届」を提出してください。

※本申請に関する連絡先

　　　　　　　　担当者名

　電話番号