

(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）

結核指定医療機関指定書の再交付をお願いします。

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（ ）

※「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 _____