

様式3

結核指定医療機関指定書再交付申請書

年 月 日

(あて先) 札幌市長

届出者 開設者の住所(法人の場合は法人の所在地)
〒

開設者の氏名 (法人の場合は法人の名称及び代表者の氏名)

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 38 条第 2 項の規定により 年 月 日に指定されておりますが、その結核指定医療機関指定書を紛失(破損)しましたので、結核指定医療機関指定書の再交付を申請いたします。

記

- 1 結核指定医療機関の所在地
〒
- 2 結核指定医療機関の名称
- 3 医療機関コード