

京都市長 様

結核医療機関指定書亡失届

指 定 医 療 機 関 所 在 地 〒

名 称

指定医療機関開設者 住 所 〒

(法人の場合は法人の所在地)

氏 名

(法人の場合は法人の名称)

上記医療機関の標記指定書を亡失しましたので届出します。

年 月 日

開設者又は届出義務者

氏 名