

## 紛失届

年 月 日

大阪市長 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)

印

結核指定医療機関を辞退するに際して、添付すべき結核指定医療機関指定書を紛失しましたので、よろしくお取り扱いくださいますようお願いいたします。

(フリガナ) 医療機関の名称	
医療機関の所在地	
医療機関の種類	1. 病院 2. 診療所 3. 歯科 4. 薬局 5. その他 ( )
保険医療機関番号 (保険薬局番号)	

保健福祉センター受付印