

医療機関指定書 紛失届

下記内容の結核指定医療機関指定書を紛失しましたので、届け出ます。

令和 年 月 日

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

指定医療機関の開設者住所

(法人の場合は、法人の住所)

指定医療機関の開設者氏名

(法人の場合は、法人の名称)

柏市長 あて