

結核指定医療機関指定書再交付願

令和 年 月 日

大分県知事 殿

医療機関・薬局の名称

医療機関・薬局の所在地

開設者の氏名

(法人の場合は法人の名称)

印

開設者の住所

(法人の場合は法人の住所)

結核指定医療機関指定書を紛失したので再交付願います。