様式４１

（結核関係）

亡　失　届

　　年　　月　　日交付を受けた結核指定医療機関指定書を亡失しましたので、届け出ます。

　　年　　月　　日

病院又は診療所（薬局）の所在地　　〒

病院又は診療所（薬局）の名称

病院又は診療所（薬局）の開設者住所　〒

（法人の場合は、主たる事務所の所在地）

病院又は診療所（薬局）の開設者氏名

（法人の場合は、名称及び代表者の氏名）

　　開設者が死亡した（失そうの宣言をうけた）場合

　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　（続柄）

　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　電話　　（　　　　）　　　　－

（あて先）岐 阜 市 長