

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)

印

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 ()

印

(あて先) 岐阜市長