

(様式6)

## 結核指定医療機関指定書再交付願

令和 年 月 日

尼崎市長 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）

結核指定医療機関指定書の再交付を願います。

指定年月日及び番号	年 月 日 / 第 号
医療機関の所在地	
医療機関の名称	
再交付の理由	1 亡失のため 2 棄損のため 3 その他（ ）
指定書送付先	<input type="checkbox"/> 開設者住所 <input type="checkbox"/> 医療機関の所在地 <input type="checkbox"/> その他（下記に記載）

※「結核指定医療機関指定書」を添付してください。

指定書を紛失した場合は、「結核指定医療機関指定書紛失届」を提出してください。

※本申請に関する連絡先

担当者名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_