結核指定医療機関指定書紛失届

 年 月 日

大分市長 　　　　　　 殿

病院、診療所又は薬局の名称

病院、診療所又は薬局の所在地

開設者の氏名

（法人の場合は法人の名称及び代表者氏名）

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紛失につき、お届けいたします。