様式第５号（第６条関係）

年 　月　 日

（宛先）山　形　市　長

結核指定医療機関の開設者の住所

医療機関の開設者の氏名

　　　　　　　　（法人にあってはその名称並びに代表者の職及び氏名）

結核指定医療機関の所在地及び名称

結 核 指 定 医 療 機 関 指 定 書 再 交 付 申 請 書

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第３８条第２項の規定に基づき　　年 　　月　　 日に結核指定医療機関の指定を受けましたが、結核指定医療機関指定書を紛失（毀損）しましたので、再交付を申請します。

|  |
| --- |
| 山形市保健所受付欄 |
|  |

備考

結核指定医療機関指定書を毀損した場合は、その指定書を添付すること。