

（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 3 8 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。