結核指定医療機関指定書再交付願

令和　　　年　　　月　　　日

大分県知事　○○ ○○　　殿

医療機関・薬局の名称

医療機関・薬局の所在地

開設者の氏名

（法人の場合は法人の名称）

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を紛失したので再交付願います。