

結核指定医療機関辞退届

医療機関・薬局の所在地

医療機関・薬局の名称

辞 退 年 月 日

平成 年 月 日

辞 退 の 理 由

上記のとおり届け出ます。

平成 年 月 日

開 設 者 の 住 所

(法人等にあつては、法人等の所在地)

開 設 者 の 氏 名

(法人等にあつては、法人等の名称)

_____ 印

佐 世 保 市 長 朝 長 則 男 様

※ 添付書類：指定書（紛失した場合は紛失届）

結核指定医療機関指定書紛失届

結核指定医療機関指定書を紛失しましたので届け出ます。

平成 年 月 日

医療機関・薬局の所在地

医療機関・薬局の名称

開設者の住所

(法人等にあつては、法人等の所在地)

開設者の氏名

(法人等にあつては、法人等の名称)

印

佐世保市長 朝長 則男 様