

結核指定医療機関指定書再交付願

令和 年 月 日

佐 賀 県 知 事 様

開設者の住所

.....
(法人の場合は所在地)

開設者の氏名

.....
(法人の場合は名称及び代表者名)

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条による医療機関の指定書の再交付をお願いします。

記

医 療 機 関 〔 病院・診療所(歯科) ・一般)・薬局 (法人・個人) 〕	所在地	
	名 称	
結 核 指 定 医 療 機 関 指 定 書	年 月 日	昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日
	指 定 番 号	佐賀県指令 第 号
	整 理 番 号	
再 交 付 理 由		

「開設者の住所」及び「医療機関の所在地」は正式な地番により「丁目」「番」「号」の表示まで記入すること。