様式第6-3号

**結核指定医療機関指定書紛失届**

令和　　　年　　　　月　　　　日

（宛先）東大阪市長

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関の種類（○印） | 1.　病院　　　2.　診療所　　　3.　薬局 |
| 医療機関コード番号（保険薬局番号）※　任意でご記入ください | № |
| 医療機関の所在地 | 〒 |
|  |  |
| 医療機関の開設者等住所（法人の場合は、法人の住所） |  |
| 医療機関の開設者等氏名（法人の場合は、法人の名称及び代表者職氏名） | 　　 |

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。なお、紛失した結核指定医療機関指定書を発見した場合は、すみやかに返納します。

|  |
| --- |
| 　　本届書の内容についての連絡先 |
| TEL 　 ( 　　　 ) |