

【様式 67】

結核指定医療機関指定書紛失届

年 月 日

栃木県知事 様

指定番号

医療機関の所在地

医療機関の名称

開設者の住所（法人の場合は法人の住所）

開設者の氏名（法人の場合は法人の名称、代表者職氏名）

以下の理由により、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。

- 1 紛失のため
- 2 盗難のため
- 3 焼失のため
- 4 その他（ ）