

(あて先) 浜松市長

申請者 住所

氏名

結核指定医療機関指定書再交付申請書

結核指定医療機関指定書を再交付せられたく申請します。

なお、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を遵守し、記載事項に虚偽がないことを誓約します。

病院若しくは診療所又は薬局の所在地

病院若しくは診療所又は薬局の名称

病院若しくは診療所又は薬局の開設者

住 所

氏 名

再交付理由