様式第27号の2

書換交付

再 交 付

結核指定医療機関指定書　　　　　　　　願

　　　　　年　　　月　　　日

　広　島　県　知　事　　様

　　住　　　所

　　氏　　　名

（法人にあっては主たる事務所の所在地、法人の名称及び代表者の職氏名）

　次のとおり結核指定医療機関指定書の　書換交付・再交付　をお願いします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * 書換交付
* 再交付
 | 書換交付の理由　１　医療機関の名称変更　２　住居表示の変更による住所（所在地）の変更　３　開設者の住所変更　４　開設者の代表者の変更　５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | 変更届提出日　　　　年　　　月　　　　日 |
| 再交付の理由　１　亡失　２　き損　３　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

（注１） 書換交付の場合は、結核指定医療機関変更届を提出するとともに、結核指定医療機関指定　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　書を添付してください。

1. き損による再交付をする場合は、結核指定医療機関指定書を添付してください。

（注３） 指定書を紛失した場合は、結核指定医療機関指定書紛失届を提出してください。