様式第４２号

**医療機関指定書紛失届**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定年月日 | 平成・令和　　年　　月　　日 | 指定番号 | 第　　　　　　号 |
| 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 開設者住所 |  |
| 開設者氏名 |  |
| 上記の医療機関指定書を紛失したので、届出します。なお、指定書を発見した時は、速やかに返納します。令和　　年　　月　　日前橋市長　様住所（開設者住所、法人の主たる事務所の所在地または届出義務者住所） 氏名（開設者氏名、法人の名称及び代表者氏名または届出義務者氏名）  |

* 指定番号及び指定年月日が不明な場合には、前橋市保健所へ御確認ください。