

(様式第41号)

結核指定医療機関休止（再開）届

医療機関・薬局の所在地

医療機関・薬局の名称

休止（再開）年月日

平成 年 月 日

休止（再開）の理由

上記のとおり、結核指定医療機関の業務を休止（再開）しましたのでお届けします。

平成 年 月 日

開設者の住所

(法人等にあつては、法人等の所在地)

開設者の氏名

(法人等にあつては、法人等の名称)

印

長崎県知事

様