

母体保護法指定医師指定証紛失届

医療施設住所：〒

医療施設名：

指定医師氏名：

印

設備指定番号：009－　－　－

母体保護法指定医師指定証を紛失しましたので、お届けします。

平成　　年　　月　　日

栃木県医師会長様