

指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書再交付申請書

年 月 日

千葉県知事

様

開設者 所在地 _____

(個人にあつては住所)

名称、代表者氏名 _____

(個人にあつては氏名)

指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書を 紛失 ・ 毀損 ・ 汚損
してしまいましたので、再交付の申請をします。

医療機関コード	
名称	
所在地	〒 _____
電話番号	