

指定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)

難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定による指定
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	〒 ー
電 話 番 号	