

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 _____

(個人にあっては住所)

名称、代表者氏名 _____

(個人にあっては氏名)

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	〒 _____
電 話 番 号	