

(参考様式)

指定医療機関指定通知書 再交付申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

申請者 (法人にあつては、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の氏名)

住所

氏名

次のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく指定医療機関の指定通知書の再交付を申請します。

指定訪問看護事業者等 病院・診療所・薬局・	(ふりがな) 名 称	
	所 在 地	〒
	コ ー ド	
再交付を申請する理由 (該当するものに○印を付けてください。)		破損 ・ 汚損 ・ 亡失 ・ 滅失

再交付を申請する理由が「破損・汚損」の場合は、従前の指定医療機関指定通知書を添付してください。