

# 指定医療機関指定通知書再交付申請書

年 月 日

(あて先)一 宮 市 長

指定医療機関名

開設者 住所(法人の場合は所在地)

氏名(法人の場合は名称及び代表者氏名)

児童福祉法(昭和22年法律第164号)第19条の9第1項の規定による指定小児慢性特定疾病医療機関の指定について、下記のとおり指定医療機関の指定通知書の再交付を受けたいので申請します。

医療機関等種別 (該当するものに○)	病院	診療所	薬局	訪問看護事業者
ふりがな				
指定医療機関名称				
所在地	〒			
電話番号				
医療機関コード				
再交付申請の理由 (該当するものに○)	き損 ・ 紛失 ・ その他			
その他の理由				

担当者

連絡先電話番号

(申請書の内容確認等のために連絡させていただくことがあります。)