

# 指定医療機関指定通知書再交付申請書

\* 事務局使用欄 \*

--	--	--	--

佐賀県知事 様

難病の患者に対する医療等に関する法律における指定医療機関指定通知書について、下記のとおり再交付を申請します。

申請日 年 月 日

種類 (いずれかに○印)	病院又は診療所・薬局・訪問看護事業所等
指定医療機関 名称	
指定医療機関 所在地	〒
指定医療機関 電話番号	
医療機関コード ステーションコード	
開設者(開設法人) 役職・氏名	
申請の理由	(該当する項目に○をつけてください。)  1. 指定医療機関指定通知書を破損・汚損したため (汚損した通知書を添付すること)  2. 指定医療機関指定通知書を紛失したため

お預かりした個人情報、その保護に十分配慮し、指定医指定通知書の再交付に関して申請された目的を達成する以外に、一切使用されることはありません。