指定小児慢性特定疾病医療機関 再交付届

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 保険医療機関 | 種別 | 病院 ・ 診療所 ・ 薬局 ・ 訪問看護事業者　（いずれかに○印） |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　　-  　　 （電話 　　　－　　　　－ 　 ) |
| 指定医療機関番号 | ３ | ４ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指定有効期間 | 年　　月　　日 | から | 年　　月　　日 | まで |
| 開設者 | 住所又は所在地 | 〒　　　　-  　　　 （電話 － 　　　 －　 ) |
| 氏名又は名称 |  |
| 再交付の理由 | □ 紛失□ 汚損□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関の指定通知書について、上記のとおり再交付を受けたいので届け出ます。　 　　　年　　月　　日開設者（法人の場合は、主たる事務所の所在地、名称及び代表者の職・氏名）住所氏名広 島 県 知 事　　様 |

* 該当する理由に☑を入れてください。

汚損の場合は、原本を添付のうえ申請してください。