様式７

難病指定医療機関指定通知書再交付申請書

　　　年　　　　月　　　　日

　福島県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　開設者　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　指定医療機関　　名称

　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　電話番号

　下記のとおり指定医療機関指定通知書の再交付を申請します。

記

（再交付申請の理由）

１　破損又は汚損したため

２　紛失したため

３　その他

　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）