指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書再交付申請書

　　　年　　　月　　　日

千葉県知事　　　　　　　　　　様

開設者　所在地

（個人にあっては住所）

名称、代表者氏名

（個人にあっては氏名）

指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書を　紛失　・　毀損　・　汚損　　してしまいましたので、再交付の申請をします。

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関コード |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 |  |