

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

宮崎県知事 殿

開設者 住 所 _____
(法人にあっては所在地)
氏 名 _____
(法人にあっては名称及び代表者氏名)

難病の患者に対する医療等に関する法律第 14 条第 1 項の規定による難病指定医療機関指定通知書を 紛失 ・ き損 したので、再交付を申請します。

名 称	
所 在 地	〒 ー
指定医療機関番号	

(備考)
き損のときは指定通知書を添付すること。