**指定医療機関　指定通知書再交付申請書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　高 知 県 知 事 　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　開設者・事業者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　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）

　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。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医療機関  の　種　類 | １　特定医療費指定医療機関  ２　指定小児慢性特定疾病医療機関 |
| 再交付の理由 | １　破損、又は汚損したため  ２　紛失したため  （注）１の理由によるときは、添付してください。 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 県使用欄  （処理日・処理者を記入） | 受付 | 交付 |
|  |  |