

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

(法人にあつては所在地)

氏 名

(法人にあつ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