

様式第 8 号

姫路市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

(宛先) 姫 路 市 長

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職・氏名)

電話番号

指定医療機関の指定通知書の再交付について、下記のとおり申請します。

記

指定医療機関名	
指定医療機関所在地	〒 電話 () メールアドレス
再交付の理由	☐ き 損 ☐ 紛 失 ☐ そ の 他

(備考)

- 1. き損の場合は、指定通知書の写しの添付をお願いします。
- 2. 届出事項に変更のある場合は、同時に変更届出書（様式第 2 号）もご提出ください。