

## 指定医療機関 指定通知書再交付申請書

岡山県知事 殿

年 月 日

下記のとおり、再交付を申請します。

申請者 (開設者) (事業者)	氏名又は名称				
	代表者の 職名及び氏名 (法人の場合)				
	住所又は 所在地	〒			
		TEL			
指定種別		<input type="checkbox"/>	難病指定医療機関	<input type="checkbox"/>	指定小児慢性特定疾病 医療機関
再交付を 希望する  <input type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 ステーション等	名称				
	所在地等	〒			
	医療機関 コード(※1)	TEL			
再交付を申請する理由		<input type="checkbox"/> 紛失  <input type="checkbox"/> き損 ※指定通知書を添付すること。  <input type="checkbox"/> その他(下記のとおり)  ( )			

※1 保険薬局の場合は薬局コード、訪問看護ステーション等の場合は訪問看護ステーションコード又は介護保険事業者番号