様式８

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定小児慢性特定疾病医療機関　再交付申請書  　　年　　月　　日  愛媛県知事　　　　　　　様  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定小児慢性特定疾病医療機関の開設者(事業者)  住　所 　〒  氏　名  下記のとおり指定小児慢性特定疾病医療機関指定通知書の再交付を申請します。 | | |
| 指定小児慢性特定疾病  医療機関 | 名称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 再交付の理由 | | １　紛失したため  ２　き損したため |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

２　法人又は指定訪問看護事業者にあっては、開設者住所は主たる事業所の所在地とし、氏名は法人

又は事業者の名称及び代表者の氏名を記載すること。

３　指定小児慢性特定疾病医療機関の「名称」及び「所在地」の欄は、指定訪問看護事業者にあっては、

当該指定に係る訪問看護事業を行う事業所の名称及び所在地を記入すること。

４　再交付の理由は、該当する番号に○をつけること。

５　再交付の理由がき損の場合は、該当指定通知書を添付すること。