|  |
| --- |
| 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関第６号様式指定書再交付申請書 |
| 指定年月日　　　　　　年　　 月　 　日 |
| 再交付申請理由（いずれかに○を付けてください。） | １　指定医療機関指定書を破損したため（※１）２　指定医療機関指定書を汚損したため（※１）３　指定医療機関指定書を亡失又は滅失したため（※２） |
| 上記のとおり肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関指定要領第４（８）の規定により届け出ます。　　　　　年月日医療機関等名称　：所在地　：　コード　：開設者　　　　　　　　　　　　住所（法人にあっては所在地）　：　電話番号　：氏名（法人にあっては名称及び代表者氏名）　：　　　　　　東京都知事　　　　殿※１　再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定医療機関指定書を添付してください。※２　亡失したことにより再交付を受けた後、失った指定医療機関指定書を発見したときは、当該指定医療機関指定書を速やかに知事に返還してください。 |

（日本産業規格Ａ列４番）