|  |  |
| --- | --- |
| 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）