

東京都肝臓専門医療機関指定通知書再交付申請書

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 肝臓専門医療機関指定通知書を破損したため (※1)
- 2 肝臓専門医療機関指定通知書を汚損したため (※1)
- 3 肝臓専門医療機関指定通知書を亡失又は滅失したため (※2)

上記のとおり東京都肝臓専門医療機関指定要領第3 (7) の規定により届け出ます。

年 月 日

医療機関等

名称 :

所在地 :

肝臓専門医療機関指定コード :

管理者

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、当該肝臓専門医療機関指定通知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、失った肝臓専門医療機関指定通知書を発見したときは、当該肝臓専門医療機関指定通知書を速やかに知事に返還してください。