

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関
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。