

静岡県指定医療機関番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定医療機関指定通知書再交付申請書

指定 医療 機関	医療機関コード 薬局コード 訪問看護ステーションコード 介護保険事業所番号								
	名称								
	所在地	郵便番号	-						
申請の理由		破損 ・ 汚損 ・ 紛失							
<p>上記のとおり、指定医療機関の指定通知書の再交付を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p>開設者 住所 指定訪問看護事業者等 〔法人にあっては、 主たる事務所の所在地〕</p> <p>氏 名 〔法人にあっては、その名称 及びその代表者の職氏名〕</p> <p>担当者 氏 名 () 連絡先 ()</p> <p>静岡県知事 様</p>									

注 破損・汚損の場合は、破損・汚損した指定医療機関指定通知書を添付してください。