様式７

**難病指定医療機関指定通知書再交付申請書**

年　　　月　　　日

宮崎県知事　殿

開設者　住　所

（法人にあっては所在地）

氏　名

（法人にあっては名称及び代表者氏名）

難病の患者に対する医療等に関する法律第14条第1項の規定による難病指定医療機関指定通知書を　紛失　・　き損　したので、再交付を申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－ |
| 指定医療機関番号 |  |

（備考）

き損のときは指定通知書を添付すること。