第２２号様式（第１４条関係）

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務所番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名称 |  |
| 所在地 | 〒　　　－　　　 |
| 申　　請　　の　　理　　由 | 破損　・　汚損　・　紛失 |
| （あて先）浜松市長　上記のとおり、指定医療機関の指定通知の再交付を受けたいので申請します。　　　　　　年　　　月　　　日　　　　　　開設者　　住　　　　　　所　　　　　　指定訪問看護事業所等　　法人にあっては、　　　　　　　　　　　　　　　　主たる事務所の所在地　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　　　　　名　　　　　　　　　　　　　　　　法人にあっては、その名称　　　　　　　　　　　　　　　　及びその代表の職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　氏　名（　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先（　　　　　　　　　　　　　）　　　　 |

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。