様式第９号（第１２条関係）

先天性血液凝固因子障害等治療研究受療医療機関

　　　　　（追加・変更）指定申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　福岡県知事　殿

住所

（ 申 請 者 ） 氏名 　　　　印

受給者との続柄（　　　　　）

　　　　　電話番号　（　　　　 ）　　　 －

自署する場合は押印を省略することができます。

※代理人による申請の場合

上記の者に、申請を委任します。

　　（ 受 給 者 ） 住所

氏名 印

　治療研究受療医療機関の追加・変更指定について、福岡県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱第１２条の規定により、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 公費負担者番号 | | | ５ | １ | ４ | ０ | ７ | | ０ | １ | ３ | 受給者番号 | | | ９ | | | ９ |  |  |  |  |  |
| 受      給    者 | 氏　　　名 | |  | | | | | | | | | | | 職　　業 | |  | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年 　　月 　　日 | | | | | | | | | | |
| 住　　　 所 | | （〒　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 治療研究の有効期間 | | | | | | | 年 月 日から　　 　年　３ 月３１日まで | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定医療機関名 | | 現在の指定医療機関 | | | | | | | | | | | 追加・変更 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 追加・変更を必要  とする理由と行う  治療方法 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり医療機関の追加・変更指定の必要があると認めます。  　　　　 　　　　　年　　　月　　　日  自署する場合は押印を省略することができます。  指定医療機関名  主治医　　氏　名 印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | （保健福祉環境事務所収受印） | | | | | | |
| 自著する場合は押印を省略することができます。  自著する場合は押印を省略することができます。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |