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。 |