

(6)先天性血液凝固因子障害等治療研究事業受療医療機関(追加・変更)指定申請書

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 受給者との続柄 () 印

電話番号 () -

※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	明・大・昭・平	年	月	日	性別	男・女										
	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																	
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)