先天性血液凝固因子障害等治療研究事業
受診医療機関（変更・追加）申請書

受給者	受給者番号		有効期間	自　令和　　年　　月　　日 至　令和　　年　　月　　日	
	氏　　名				
	生年月日	明・大・昭・平　　年　　月　　日	性　別		
	住　所	〒			

追加する医療機関	1	名　称	
		所在地	
	2	名　称	
		所在地	
	3	名　称	
		所在地	
取り消す医療機関	1	名　称	
		所在地	
	2	名　称	
		所在地	
	3	名　称	
		所在地	

変更・追加年月日	令和　　年　　月　　日　から

上記のとおり、受診医療機関を変更・追加したいので申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者　住所

氏名　　（本人との続柄　　）

（電話　　－　　－　　）

滋賀県知事　様

（注）医療受給者証を添付して下さい。