

<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 血 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 0 auto; width: fit-content;"> 先天性血液凝固因子障害等治療研究承認通知書 </div>								
公費負担者番号	5 1 0 7 7 0 1 4							
公費負担医療の受給者番号	/ / / / / / / /							
受給者	居住地							
	氏名							
	生年月日	年 月 日 生						男 ・ 女
医療機関	所在地							
	名称							
有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日まで							
<p>上記のとおり承認したので、通知します。</p> <p>治療医療機関の長 様</p> <p>平成 年 月 日</p> <p style="margin-top: 40px;">福島県知事</p>								