

<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-left: 100px; text-align: center;"> 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
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 style="text-align: center;">上記のとおり承認したので、通知します。</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">治療医療機関の長 様</p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-top: 40px;">福島県知事</p>		