

遷延性意識障がい者治療研究事業承認通知書

病名・原因				
承認番号		交付年月日	年 月 日	
被保険者等の 記号番号		保険者等の 名称		
受療者	氏名			
	生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女
申請（受療） 医療機関	名称			
	所在地			
	代表者名			
治療研究承認期間	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日			

上記のとおり認定します。

平成 年 月 日

福島県知事

印