

小児慢性特定疾病指定医指定通知書再交付申請書

年 月 日

(宛先) 秋田市長

指定医氏名

次のとおり小児慢性特定疾病指定医指定通知書の再交付を申請します。

指定医番号	
主たる勤務先の医療機関名	
医療機関の所在地	
担当する診療科	
再交付の理由	1 き損 2 紛失 3 その他()

き損の場合は、当該小児慢性特定疾病指定医指定通知書を添付してください。