

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

豊中市長様

申請者(指定医)氏名:

小児慢性特定疾病指定医指定通知書の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

指定医番号		生年月日	年 月 日
連絡先	〒 電話番号:		
再交付を申請する理由 (該当するものに○印をつけてください)	1 紛失 2 き損 3 汚損		

※き損または汚損の場合は、指定医指定通知書を添付してください。