（別紙様式３－２）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 年 月 日

愛 媛 県 知 事 様

申請者 住　所

氏　名

受給者との続柄

このことについて、次の理由により参加者証の再交付を申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 公費負担医療の受給者番号 | |  | | |
| 住 所 |  | | | |
| 氏 名 |  | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 再交付の  理 由  (該当する番号に  ○を付して下さい) | １ 破損 ２ 汚損 ３ 紛失 ４ その他（ ）  紛失の理由 | | | |
| 備 考 |  | | | |