様式第10号

難病等指定医指定通知書再交付申請書

　　年　　月　　日

愛媛県知事　　 　　　様

指定医　居住地

難病等指定医指定通知書の再交付について、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医氏名 |  | | 生年月日 |  |
| 医　　籍  登録番号 |  | | 医　　　籍  登録年月日 |  |
| 指定医の種類 | 難病指定医　・　協力難病指定医 | | | |
| 指定医番号 |  | | | |
| 主たる  勤務先の  医療機関 | 医療機関名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 再交付の理由 | １　紛失したため  ２　き損したため | | | |

注１　指定医の種類は、該当するものに○をつけること。

２　再交付の理由は、該当する番号に○をつけること。

３　再交付の理由がき損の場合は、該当指定通知書を添付すること。