

(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0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				