様式第10号

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

愛媛県知事　　　　　　様

指定医番号

小児慢性特定疾病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 |  |
| 連絡先 | 〒  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 主たる勤務先の  医　療　機　関 | 医療機関名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 担当する診療科 |  | | |
| 届出の理由 | １　紛失したため  ２　き損したため | | | |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

２　届出の理由は、該当する番号に○をつけること。