

小児慢性特定疾病指定医 指定通知書再交付申請書

宮城県知事 殿

小児慢性特定疾病指定医指定通知書の再交付について、次のとおり申請します。

申請日 令和〇年〇月〇日

申請者

氏名	宮城 太郎	電話番号	090-0000-0000	
		メールアドレス	〇〇〇@×××	
現住所	〒 〇〇〇 - ×××× 宮城県〇〇市××1-1-1			
生年月日	昭和 〇〇 年 〇 月 〇 日		年齢	〇〇 歳
医籍登録番号	第 000000 号	医籍登録年月日	平成〇〇年 〇月 〇日	
指定医番号	00000000			
宮城県内の (仙台市を除く) 主たる勤務先 の医療機関	名称	〇〇病院		
	所在地	〒 〇〇〇 - ×××× 宮城県〇〇市××1-2-3		
	電話番号	090-0000-0000		

再交付申請理由（いずれかに○を付けてください。）

- 1 指定医指定通知書を破損したため（※1）
- 2 指定医指定通知書を汚損したため（※1）
- 3 指定医指定通知書を亡失又は滅失したため（※2）

※1 再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定医指定通知書を添付してください。

※2 亡失したことにより再交付を受けた後、失った指定医指定通知書を発見したときは、当該指定医指定通知書を速やかに知事に返還してください。