

小児慢性特定疾病指定医指定通知書再交付申請書

令和 年 月 日

吹田市長宛

申請者 指定医番号

指定医の氏名

(年 月 日生)

小児慢性特定疾病指定医指定通知書の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

再交付を申請する理由 (該当するものに○印を つけてください)	1 破損 2 汚損 3 紛失
---------------------------------------	----------------------

(備考)

・汚損または破損の場合は、指定医指定通知書を添付してください。