**小児慢性特定疾病指定医通知書紛失届**

　水戸市こども部子育て支援課長　様

　令和　　年　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　医療機関名

氏名

　この度，小児慢性特定疾病指定医通知書を（紛失／棄損）いたしましたので，届け出をいたします。