様式第５号（第６条関係）

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

水戸市長　様

指定医番号

　　〒

住所

電話番号

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 |  |
| 医籍登録番号 |  | 医籍登録年月日 |  |
| 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　　２　き損　　３　その他 |

【備考】１　再交付理由がき損の場合は，当該指定医指定通知書（原本）を添付してください。

　　　　２　紛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市長に返還してください。

　　　　３　届け出事項に変更のある場合は，同時に変更届け出書もご提出ください。