

# 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

ふりがな

氏名

〒

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】
- 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。
  - 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。
  - 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。