

# 難病指定医指定通知書再交付申請書

年 月 日

(あて先)千葉市長

医師氏名

住 所 〒

電話番号

難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。

生年月日	年 月 日
医籍登録番号	医 籍 登録年月日 年 月 日
申請理由	1 指定医指定通知書を紛失したため 2 指定医指定通知書をき損したため(※1) 3 その他 ( )

(※1)き損の時は、当該通知書を添付すること