

指定医指定通知書再交付申請書

* 事務局使用欄 *

(S ・ T ・ C)

--	--	--	--

佐賀県知事 様

難病の患者に対する医療等に関する法律における指定医指定通知書について、下記のとおり再交付を申請します。

申請日 年 月 日

医籍登録番号						
種類 (いずれかに○印)		難病指定医 ・ 協力難病指定医				
氏名						
生年月日		年 月 日				
主たる勤務先 医療機関	名称					
	所在地	〒				
	電話番号					
申請の理由	(該当する項目に○をつけてください。)					
	1. 指定医指定通知書を破損・汚損したため (汚損した通知書を添付すること)					
	2. 指定医指定通知書を紛失したため					

お預かりした個人情報、その保護に十分配慮し、指定医指定通知書の再交付に関して申請された目的を達成する以外に、一切使用されることはありません。