小児慢性特定疾病指定医指定通知書再交付申請書

山口県知事　様

児童福祉法第１９条の３第１項の規定に基づき、小児慢性特定疾病指定医指定通知書の再交付について、次のとおり申請します。

申 請 日 　　　　年 月 日

申請者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | 電話番号 |  |
| 現 住 所 | 〒 -    |
| 生年月日 | 　　　年 　　 月 　　 日 |  |
| 医籍登録番 号 | 第 号 | 医籍登録 年月日  |  年 月 日 |
| 指定医の種類 | 小児慢性特定疾病指定医 |
| 指定医番号 |  |
| 主たる勤務先の医療機関 | 名称 |   |
| 所 在 地 |   |
| 電話番号 |   |

再交付理由（いずれかに○を付けてください。）

|  |
| --- |
| １ 小児慢性特定疾病指定医指定通知書を破損したため（※１） ２ 小児慢性特定疾病指定医指定通知書を汚損したため（※１） ３ 小児慢性特定疾病指定医指定通知書を亡失又は滅失したため（※２）  |

※１ 再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定通知書を添付してください。

※２ 亡失したことにより再交付を受けた後、失った指定通知書を発見したときは、当該指定通知書を速やかに県に返還してください。