

寝屋川市

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

(宛先)寝屋川市長

指定医番号

氏名

(年 月 日生)

小児慢性特定疾病指定医指定通知書の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

再交付を申請する理由	該当するものに○印をつけてください。
	1 破損
	2 汚損
	3 亡失
	4 滅失
	5 その他()

<備考>

1. 汚損または破損の場合は、指定医指定通知書を添付してください。
2. 氏名を本人が自筆で記入した時は、押印を省略することができます。