

年 月 日

小児慢性特定疾病指定医指定通知書再交付申請書

千葉県知事 様

指定医氏名 _____

生年月日 _____

医籍番号 _____

下記の理由により、小児慢性特定疾病指定医指定通知書を再交付申請します。

記

- 1 紛失
- 2 汚損
- 3 その他

その他の場合、理由を記載