

指定通知書再交付申請書

年 月 日

岡山県知事 殿

指定医番号

指定医氏名

住 所

電話番号

次のとおり、再交付を申請します。

| 指 定 区 分 | 難病指定医 ・ 協力難病指定医 ・ 小児慢性特定疾病指定医 |
|------------|--|
| 再交付を申請する理由 | <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> き損 ※指定通知書を添付すること。 <input type="checkbox"/> その他（下記のとおり） () |