

(様式第10号)

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業  
参加者証再交付申請書

平成 年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所  
氏 名 印  
続 柄  
電話番号 ( ) -

次のとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る  
参加者証の再交付を申請します。

ふりがな 参加者氏名		性別	
住 所			
受給者番号	┆	┆	┆
病 名			
再交付の 理由	破 損	汚 損	紛 失
備考欄			

(注意事項)

- ・破損や汚損の場合は、参加者証を添付してください。
- ・なお、郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。

上記記載の電話番号への電話による連絡

上記記載の住所への文書による連絡