

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

(あて先) 東大阪市長

申請者（指定医）氏名： _____ ⑩

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。

指定医番号		生年月日	年 月 日
連絡先	〒 電話番号：		
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 紛失 2 破損 3 汚損		

※破損または汚損の場合は、指定医指定通知書を添付してください。