

指定医指定通知書再交付申請書

年 月 日

横浜市長 殿

申出者 指定医番号

医師氏名

次のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則に基づく指定医の指定通知書の再交付を申請します。

指定医の種類	難病指定医 ・ 協力難病指定医	
(フリガナ) 指定医氏名		
連絡先	〒 (電話番号)	
主たる勤務先の 医療機関	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
再交付の理由	破損 ・ 汚損 ・ 紛失	

※再交付を申請する理由が「破損・汚損」の場合は、従前の指定医指定通知書を添付してください。