

送 付 書

別添のとおり、「小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書」を送付します。

1 申請件数 () 件

*申請者内訳は別紙のとおり

2 医療機関名 ()

3 担当部署及び担当者氏名 ()

電話番号 ()

*不備等があった場合、お問い合わせをさせていただきます。

申請者内訳

	氏 名		氏 名
1		26	
2		27	
3		28	
4		29	
5		30	
6		31	
7		32	
8		33	
9		34	
10		35	
11		36	
12		37	
13		38	
14		39	
15		40	
16		41	
17		42	
18		43	
19		44	
20		45	
21		46	
22		47	
23		48	
24		49	
25		50	