

指定医指定書再交付申出書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

申出者
指定医番号

指定医住所

指定医氏名

(生年月日： 年 月 日)

次のとおり、難病の患者等に関する医療等に関する法律施行規則に基づく指定医指定書の再交付を申し上げます。

指 定 医 氏 名		
指 定 医 の 区 分 (該当するものに○印を付けてください。)	1 難病指定医	2 協力難病指定医
主たる勤務先医療機関	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。