別紙

**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 |  |