

静岡県指定医番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定医指定通知書再交付申請書

指 定 医 区 分	難病指定医 ・ 難病協力指定医
フリガナ	
氏 名	
住 所	郵便番号 - 電話番号（ - - ）
申 請 の 理 由	破損 ・ 汚損 ・ 紛失
<p>上記のとおり、指定医の指定通知書の再交付を受けたいので申請します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">静岡県知事 様</p>	

注1 申請者の身分証明書の写しを添付してください。

2 破損・汚損の場合は、破損・汚損した指定医指定通知書を添付してください。