小児慢性特定疾病指定医 再交付届

年　　月　　日

広島県知事　様

指定医番号

医師氏名

　児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定通知書について、下記のとおり、

再交付を受けたいので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定有効期間 | 　　　　年　　月　　日 から　　　　　年　　月　　日 まで |
| 主たる勤務先の医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒　　－  |
| （電話　　　－　　　－　　　　） |
| 担当する診　療　科 |  |
| 再交付理由 | □ 紛失□ 汚損□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

* 該当する理由に☑を入れてください。

汚損の場合は、原本を添付のうえ申請してください。