様式第５号

小児慢性特定疾病指定医指定通知書再交付申請書

　　　　　　令和　　年　　月　　日

茨城県知事　殿

指定医番号

氏　　名

　　　　　〒

住　　所

電話番号

小児慢性特定疾病指定医指定通知書の再交付について、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　　名 |  | | 生年月日 | | 大正  昭和　　　年　　　月　 　日  平成 |
| 医籍登録番号 |  | | 医籍登録  年月日 | | 昭和  　　　　年　　　月　 　日  平成 |
| 主たる勤務先の  医　療　機　関 | 医療機関名 |  | | | |
| 所在地 | 〒  茨城県 | | | |
| 連絡先 | 電話番号 | |  | |
| メールアドレス | |  | |
| 担当する診療科 |  | | | |
| 届出の理由 | １　紛失　　２　き損　　３　その他 | | | | |

【備考】１　再交付理由がき損の場合は、当該指定医指定通知書（原本）を添付してください。

　　　　２　紛失したことにより再交付を受けた後、失った指定医指定通知書を発見したときは、当該指定医指定通知書を速やかに知事に返還してください。

　　　　３　届け出事項に変更のある場合は、同時に変更届け出書もご提出ください。