

## 指定医指定通知書再交付申請書

宮城県知事 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、次のとおり指定通知書の再交付を申請します。

申請日 令和〇〇年××月△△日

申請者

氏名	青葉 花子	電話番号	090-0000-0000
		メールアドレス	m-miyagi@xxx.xxx
現住所	〒 980-8570 宮城県仙台市青葉区本町3丁目8番1号		
生年月日	昭和〇〇年××月△△日		
医籍登録番号	第000000号	医籍登録年月日	平成〇〇年××月△△日
指定医の種類	難病指定医 <input checked="" type="radio"/> 協力難病指定医 <input type="radio"/> (いずれかに○を付けてください。)		
指定医番号	0400000000		
主たる勤務先の医療機関	名称	医療法人社団〇〇会 〇〇病院	
	所在地	〒 xxx-xxxx 宮城県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号	
	電話番号	022-000-0000	

再交付申請理由 (いずれかに○を付けてください。)

- 指定医指定通知書を破損したため (※1)
- 指定医指定通知書を汚損したため (※1)
- 指定医指定通知書を亡失又は滅失したため (※2)

※1 再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定医指定通知書を添付してください。

※2 亡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。