

指定通知書再交付申請書

年 月 日

大阪府知事 様

指定医番号

医師氏名

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通知書について、下記のとおり再交付の申請をします。

指定医氏名	
生年月日	
指定医番号	※不明の場合は記載不要
連絡先	
再交付理由	※紛失等

(備考) 1 届出事項に変更のある場合は、同時に指定変更届（様式第3号）も提出してください。

2 再交付する指定通知書は主たる勤務先である医療機関宛郵送します。