

指定通知書再交付申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

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施行細則第13条の規定により、下記のとおり申請します。

指定医氏名		
連絡先	郵便番号 (電話番号)	
主たる勤務先の医療機関	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
届出理由	破損 汚損 亡失又は滅失	

※破損又は汚損の場合は、破損又は汚損した指定医指定通知書を添付してください。