第１１号様式（第８条関係)

指定医番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

指定医指定通知書再交付申請書

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医区分 | 難病指定医　　・　　難病協力指定医 |
| フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | 〒  **-** 電話番号（　　　　　－　　　　　－　　　　） |
| 申請の理由 | 破損　・　汚損　・　紛失 |
| （あて先）浜松市長上記のとおり、指定医の指定通知書の再交付を受けたいので申請します。年　　　　月　　　　日 |

注１　申請者の身分証明書の写しを添付してください。

２　破損・汚損の場合は、破損・汚損した指定医指定通知書を添付してください。