様式第４号

**小児慢性特定疾病指定医指定通知書再交付申請書**

 　 　　年　 　　 月　　　 日

（あて先）八尾市長

申請者（指定医）氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

小児慢性特定疾病指定医指定通知書の再交付を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 指定医番号 | 　 | 生年月日 | 　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 連絡先 | 〒電話番号： |
| 再交付を申請する理由（該当するものに○印をつけてください） | １　紛失　　　２　破損　　　３　汚損 |

※破損または汚損の場合は、指定医指定通知書を添付してください。