

様式第8号

# 指定通知書 再交付申請書

年 月 日

奈良県知事 殿

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について、下記のとおり指定通知書の再交付を申請します。

指定医氏名			
連絡先	〒 (電話番号 )		
主たる勤務先の 医療機関	医療機関名		
	所在地	〒	
	電話番号		
	担当する 診療科		
再交付申請の理由 (該当するものに ○)	1. 紛失      2. 汚損・破損      3. その他 ( )		

(備考)

1. 紛失し、再交付後に指定通知書を発見したときは、再交付前の指定通知書を返還してください。
2. 汚損・破損の場合は、指定通知書を添付してください。
3. 指定通知書の内容に変更がある場合は、様式第4号「指定変更届出書」の提出が必要になります。