**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

岡　 山　 市　 長　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

岡山市小児慢性特定疾病指定医指定要綱第６条第２項の規定に基づき次のとおり申請します。

　再交付を申請する理由

□紛失

□き損

□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

注）き損の場合は、指定通知書を添付してください。