

様式第1号

指定医指定書再交付申請書

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

フリガナ
指定医氏名

住所 〒

電話番号

児童福祉法施行規則第7条の10第1項に規定する指定医に係る指定医指定書の再交付を受けたいので申請します。

指定医番号	1	1																		
勤務先名称																				
勤務先所在地	〒 (電話番号)																			
指定有効期間																				
再交付を申請する理由(該当するものに○を付すこと。)	1 紛失 2 き損																			

添付書類(き損の場合)

指定医指定書(小児慢性特定疾病指定医指定通知書を含む。以下同じ。)

注1 紛失した指定医指定書を発見したときは、当該指定医指定書を速やかに返還してください。

注2 届出事項に変更のある場合は、併せて指定医申請事項変更届出書を提出してください。