

難病指定医（協力難病指定医）指定通知書再交付申請書

年 月 日

(宛先) 名古屋市長

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、次のとおり難病指定医（協力難病指定医）指定通知書の再交付を申請します。

指 定 医 区 分 (該当するものに○)	難病指定医 ・ 協力難病指定医
指 定 医 番 号	
指 定 医 氏 名	
現 住 所	〒
電 話 番 号	
主たる勤務先の 医 療 機 関 名	
再交付申請の理由 (該当するものに○)	き損 ・ 紛失 ・ その他
そ の 他 の 理 由	

- ※1 再交付理由が「き損」又は「その他」の場合は、「難病指定医（協力難病指定医）指定通知書」の原本を添付してください。
- ※2 再交付理由が「紛失」又は「その他」の場合で指定通知書の原本を添付できないときは、指定医氏名は自署により記入してください。
- ※3 紛失したことにより再交付を受けた後、紛失した指定通知書を発見したときは、当該指定通知書を速やかに市長に返還してください。