

年 月 日

## 指定難病指定医通知書再交付申請書

千葉県知事

様

指定医氏名

生年月日

医籍番号

下記の理由により、難病の患者に対する医療等に関する法律に係る指定医通知書を再交付申請します。

### 記

1 紛失

2 汚損

3 その他

理由を記載