（別紙様式３－２）

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書

年　　月　　日

愛 媛 県 知 事　様

申請者　住　所

氏　名

受給者との続柄

このことについて、次の理由により参加者証の再交付を申請します。

公費負担医療の受給者番号			
住　　所			
氏　　名		生年月日	年　　月　　日
再交付の理　由 (該当する番号に○を付して下さい)	1　破損　　2　汚損　　3　紛失　　4　その他（　　） 紛失の理由 （　　）		
備　　考			