様式第９号

小児慢性特定疾病指定医指定通知書紛失・き損届

　　年　　月　　日

愛媛県知事　　　　　　様

指定医番号

小児慢性特定疾病指定医指定通知書を紛失又はき損したため、下記のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医氏名 |  | | 生年月日 |  |
| 連絡先 | 〒  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 主たる勤務先の  医　療　機　関 | 医療機関名 |  | | |
| 所在地 | 〒 | | |
| 電話番号 |  | | |
| 担当する診療科 |  | | |
| 届出の理由 | １　紛失したため  ２　き損したため | | | |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

２　届出の理由は、該当する番号に○をつけること。