

(様式第4号)

## 小児慢性特定疾病指定医通知書再交付申請書

年 月 日

神戸市長 あて

(指定医番号 )

指定医氏名 \_\_\_\_\_

小児慢性特定疾病指定医指定通知書の再交付について、下記のとおり届け出ます。

氏 名			
連絡先 (住所・電話番号)	〒 _____ _____ ☎ _____		
医療意見書を作成する 主たる勤務先の 医療機関名 (神戸市内)		担当する 診療科	
医療機関所在地			
指定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
再交付の理由	<input type="checkbox"/> き損 <input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> その他		

(備考)

1. き損の場合は、小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写しの添付をお願いします。
2. 届出事項に変更のある場合は、同時に変更届出書もご提出ください。