

指定医指定通知書再交付申請書

年 月 日

(あて先)一 宮 市 長

指定医番号

医師氏名

児童福祉法第 19 条の3第1項に規定する指定医の指定について、下記のとおり指定医の指定(更新)通知書の再交付を受けたいので申請します。

フリガナ	
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 再交付理由がき損の場合は、当該指定(更新)通知書を添付してください。
- ※2 紛失したことにより再交付を受けた後、失った指定(更新)通知書を発見したときは、当該指定(更新)通知書を速やかに市長に返還してください。