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。