

指定医指定通知書再交付申請書

年 月 日

長崎県知事 様

指定医氏名

指定医指定通知書の再交付について、次のとおり申請します。

指定医番号 (分かる場合のみ)						
生年月日	昭 平 令	和 成 和	年	月	日	
医 籍 登 録 番 号						
指定通知書 送付先住所	〒					
連絡先電話番号						
再交付理由	紛失 ・ き損 ・ 汚損					

(備考) 再交付する指定通知書は上記指定通知書送付先住所に郵送します。