

様式第11号

## 小児慢性特定疾病指定医指定通知書 再交付申請書

年 月 日

大阪府知事 様

指定医番号

医師氏名

児童福祉課第19条の3第1項に規定する小児慢性特定疾病指定医指定通知書について、次のとおり申請します。

再交付理由 (該当するものに○印をつけてください)	1 破損	2 汚損	3 亡失	4 滅失
------------------------------	------	------	------	------

備考 1 汚損または破損の場合は、指定医指定通知書を添付してください。