

様式第7号

## 難病指定医指定通知書再交付申請書

年 月 日

宮崎県知事 殿

医師氏名 \_\_\_\_\_

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定による難病指定医指定通知書を 紛失 ・ き損 したので、再交付を申請します。

指 定 医 氏 名	
指 定 医 番 号	
主たる勤務先 医 療 機 関	
担当する診療科	

(備考)

き損のときは指定通知書を添付すること。