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。