

小児慢性特定疾病指定医指定通知書紛失届

年 月 日

(宛先) 富山市長

指定医番号

医 師 氏 名

下記のとおり、届出ます。

記

指定医氏名		生年月日	年 月 日
主たる勤務先の 医療機関名			
届出の理由 (該当するものに ○)	き 損 ・ 紛 失 ・ その他		
その他の理由			