

様式第7号

指定医指定通知書再交付申請書

令和 年 月 日

大阪市長 あて

医師氏名 _____

指定医指定通知書の再交付について、下記のとおり届け出ます。

指定医氏名	
生年月日	大正 昭和 平成 令和 年 月 日
指定医番号	
指定通知書 送付先住所	〒 -
連絡先電話番号	
再交付理由 (例：紛失のため)	

(備考)

- 届出事項に変更のある場合は、同時に指定変更届出書（様式第3号）もご提出ください。
- 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。