様式14号　　機密性３

指 定 医 指 定 通 知 書 再 交 付 申 請 書

年　　月　　日

（宛先）岡崎市長

指定医番号

医 師 氏 名

児童福祉法第19条の３第１項に規定する指定医の指定について、下記のとおり指定医の指定通知書の再交付を受けたいので申請します。

ふ り が な	
指定医氏名	
現　住　所	〒
電話番号	
主たる勤務先の医療機関名	
再交付申請の理由（該当するものに〇）	き損　・　紛失　・　その他
その他の理由	

〔備考〕

１．　再交付理由がき損の場合は、当該指定医指定通知書（原本）を添付してください。

２．　紛失したことにより再交付を受けた後、失った指定医指定通知書を発見したときは、当該指定医指定通知書を速やかに市長に返還してください。