

特定医療費（指定難病）指定医 指定通知書紛失届

（宛先）秋田県知事

令和 年 月 日

特定医療費（指定難病）指定医 指定通知書を紛失しましたので、届け出ます。

届出者氏名

印

氏 名			
医籍登録番号		医籍登録年月日	年 月 日
主たる勤務先の 医療機関名		診療科	
医療機関の所在地			