

肝炎治療受給者証再交付申請書		
受給者	ふりがな 氏名	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日生 (歳)
	受給者番号	
	住所	(電話)
受診状況	病名	
	医療機関名	
	有効期間	
再交付の理由	破 損 ・ 汚 損 ・ 紛 失 ・ その他	
状況説明		
<p>上記について再交付を届け出ます。</p> <p style="margin-left: 100px;">平成 年 月 日</p> <p style="margin-left: 300px;">氏 名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">(直筆の場合は、押印省略可)</p> <p style="margin-left: 50px;">鳥取県 総合事務所長</p> <p style="margin-left: 50px;">鳥取県 福祉保健事務所長 様</p>		