

(様式第6号)

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	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		
上記について再交付を届け出ます。		
年 月 日		
氏 名 印		
(直筆の場合は、押印省略可)		
鳥取県 総合事務所長		
鳥取市保健所 様		