

肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証再交付申請書

参 加 者	氏名		性別	
	生年月日	年 月 日	公費負担医療 の受給者番号	
	住所	〒		

再交付を申請する理由（当該理由に○を付けてください。）

紛失 ・ 汚損 ・ 破損

上記の理由により、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証の再交付を申請します。

年 月 日

申請者 住所 電話（ ） ー

氏名

（代理人の場合は代理人の氏名を記載）

滋賀県知事様

保健所受付印

（注）汚損または破損の場合は、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証を添付してください。

--