

(別紙様式 1 2)

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

年 月 日

岐阜県知事 様

申 請 者  
〒 ー

住所

氏名

電話番号 ( )

(代理申請の場合は参加者との続柄 )

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

記

公費負担者番号				
公費負担医療の受給者番号				
参加者	氏 名		性別	男・女
	生年月日			
	住 所			
理由				

(注)

- 1 参加者証を紛失し、再発行した後に発見した場合は、すみやかに返還してください。
- 2 参加者証を汚損・破損した場合は、それを添付してください。