

(様式第 1 0 号)

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

岡山県知事 殿

(届出者) 住 所
氏 名
続 柄
電話番号 () —

次のとおり、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る
参加者証の再交付を申請します。

ふりがな 参加者氏名		性別	
住 所			
受給者番号			
病 名			
再交付の 理由	破 損 汚 損 紛 失		
備考欄			

(注意事項)

- ・破損や汚損の場合は、参加者証を添付してください。
- ・なお、郵送で提出される場合で受付の連絡が必要な場合は、下記のいずれかの連絡手段にチェックをして下さい。

☐ 上記記載の電話番号への電話による連絡

☐ 上記記載の住所への文書による連絡