

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

公費負担者番号								
公費負担医療の 受給者番号								/
住 所								
ふ り が な 氏 名								
生 年 月 日	年 月 日						男 ・ 女	
参加者証の有効期間	自	年	月	日	至	年	月	日
紛失等の状況								
<p>参加者証を紛失（破損）したので、再交付を申請します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名</p> <p style="text-align: center;">（代理人の場合は代理人の氏名を記載）</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">山形県知事 殿</p>								

※ 破損の場合には、参加者証を添付してください。