

申請者が記入する欄	記号番号	20— —
	氏名	
	生年月日	年 月 日
	住所	

医師の意見欄	疾病名	<ol style="list-style-type: none"> 1 血漿^{しょう}分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は先天性血液凝固第Ⅸ因子障害等（血友病） 2 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み厚生労働大臣の定める者に係るものに限る。） 3 人工腎臓を実施している慢性腎不全
	<p>上記の疾病で診療を受けていることに相違ありません。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>(医療機関) 所在地</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">医師名</p>	