

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

平成 年 月 日

呉市長様

指定医番号

氏名 印

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、以下の事項について変更があったため児童福祉法施行規則第7条の14に基づき届け出ます。

(変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載)

<input type="checkbox"/>	氏名		
<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)	
<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		
<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	平成 年 月 日	
<input type="checkbox"/>	主たる勤務先 の医療機関	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要。
2. 医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付
(裏面に続く)

(裏面)

○表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関がに
変更があれば記載してください。(申請先の都道府県、指定都市又は中核市に所在する医療
機関に限る。)

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	