

様式4号

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 勤 医 た 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			
<input type="checkbox"/>	指定要件	専門医の 名称		専門医の認 定機関		
		有効期間	平成 年 月 日			

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
3. 専門医に認定されていることを証明する書面の写し

(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	