

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

呉市長様

指定医番号

氏 名

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)

☐	氏 名		
☐	連 絡 先	〒 (電話番号)	
☐	医籍登録番号		
☐	医籍登録年月日	年 月 日	
☐	主 勤 医 た 務 療 る 先 機 の 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	