

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

福島市長 様

指定医番号

(自署)

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 | <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 | 年 | 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> | 主 勤 医 た 務 先 医 療 機 関 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 | |