

小児慢性特定疾病指定医 指定更新申請書

年 月 日

(あて先)一宮市長

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更新したいので、児童福祉法施行規則第7条の12の規定に基づき申請します。

※直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある場合は、変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載すること。なお、変更がない場合は、空欄にすること。

<input type="checkbox"/>	氏 名		
<input type="checkbox"/>	住 所	〒	
<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	

添付書類

1. 氏名が変更された場合は、医師免許証の写し又は戸籍抄本等氏名変更が確認できる書類を添付
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)

○主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

変更・追加・削除のいずれかに丸を付してください。

変更 ・ 追加 ・ 削除	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
変更 ・ 追加 ・ 削除	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
変更 ・ 追加 ・ 削除	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
変更 ・ 追加 ・ 削除	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
変更 ・ 追加 ・ 削除	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	