

小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

年 月 日

福井市長 様

指定医番号

医師氏名

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、次のとおり申請事項の変更があったため同法施行規則第7条の14に基づき届け出ます。

変 更 年 月 日	年 月 日
-----------	-------

事 項		<変更前>		<変更後>	
変更のある事項にチェックし、変更前、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名			
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒 (電話番号)	〒 (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	年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関 (主たる勤務先の医療機関を変更した場合、裏面も御記載ください。)	医療機関名 所 在 地 電 話 番 号 担 当 す る 診 療 科	〒 〒 	〒 〒

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要
2. 医籍の登録番号及び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すること。

(裏面に続く)

(裏面)

○表面の主たる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に変更があれば記載してください(福井県に所在地を有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	