

様式第4号

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

甲府市長 様

年 月 日

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、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 年 月 日		年 月 日				
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"/>	指定医氏名				
	<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"/>	専門医資格 の喪失	(資格返上等で専門医資格を喪失した場合、その専門医名称を記載してください。)			
	<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						
<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療 機関以外の医療機関	裏面へ記入				

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要です。
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してください。

(裏面)

- 表面の勤務先以外に勤務し、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。(甲府市内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	