

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

盛岡市長 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	<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 療 る 先 機 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)

○ 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

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	