

小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

年 月 日

明石市長 あて

指定医番号

申請者氏名 _____

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 の規定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"/>	医籍登録番号及び医籍登録年月日	第 号 (年 月 日)		
	<input type="checkbox"/>	勤務先の 医療機関 変 更	医療機関名		
			所 在 地	〒	
			電 話 番 号		
			担 当 す る 診 療 科		
追 加					
<input type="checkbox"/>	削 除				
変更する年月日		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。