

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

(宛先) 秋田市長

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、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	氏 名		
	連 絡 先	〒 (電話番号)	
	医籍登録番号		
	医籍登録年月日	年 月 日	
	主 勤 医 た 務 先 関 る 療 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

(添付書類) 小児慢性特定疾病指定医指定通知書

(備考)

- 1 変更のない事項については記載不要
- 2 医籍登録番号およ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)

表面に記載した勤務先以外に、秋田市内にある医療機関で、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る場合は、次に記載してください。

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	