

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

年 月 日

水戸市長 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更新したいので、児童福祉法施行規則第7条の12の規定に基づき申請します。

<input type="checkbox"/>	氏 名		
<input type="checkbox"/>	現 住 所	〒 水戸市	
<input type="checkbox"/>	電 話 番 号		
<input type="checkbox"/>	医籍の登録番号		
<input type="checkbox"/>	医籍の登録年月日	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の 医療機関	名称	
		所在地	〒 水戸市
		電話番号	
		担当する診療科	

備考

- 1 医師氏名（申請者）の欄については、記名押印又は自筆による署名のいずれかによること。
- 2 「小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し」を添付すること。
- 3 変更のあった事項の□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載すること。
- 4 氏名の変更がある場合は、当該変更を証明する書類（住民票の写し等）を添付すること。
- 5 医籍の登録番号又は医籍の登録年月日の変更がある場合は、医師免許証の写しを添付すること。
- 6 その他医療意見書を作成する可能性のある医療機関に複数変更がある場合には、裏面に記載すること。

(裏面)

○表面の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水戸市内の医療機関に変更があれば記載してください。

1	医療機関名	
	所在地	〒 水戸市
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒 水戸市
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒 水戸市
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒 水戸市
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒 水戸市
	電話番号	
	担当する診療科	