

様式第3号（第4条関係）

## 小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

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、以下の事項に変更があったため、児童福祉法施行規則第7条の14の規定に基づき届出ます。

変 更 年 月 日		年 月 日					
<input type="checkbox"/>	医 師 氏 名						
<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒 (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 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。
- 2 医籍の登録番号又は医籍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。
- 3 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。

○ 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水戸市内の医療機関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	

