

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

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。

☐	氏 名		
☐	現 住 所	〒 水戸市	
☐	電 話 番 号		
☐	医 籍 の 登 録 番 号		
☐	医籍の登録年月日	年 月 日	
☐	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 「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。
 - 2 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。
 - 3 氏名の変更がある場合は、変更後の医師免許又は当該変更を証明する書類（戸籍抄本等）を添付すること。
 - 4 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。
 - 5 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	