

小児慢性特定疾病指定医 指定更新申請書

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。

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

(添付書類)

1. 小児慢性特定疾病指定医通知書の写し

(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。