

小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

届出日 年 月 日

豊中市長 様

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に基づき届け出ます。

変更年月日			年 月 日	
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	
	☐	勤務先の 医療機関	医療意見書を作成する 主たる医療機関名	
所 在 地	〒			
電 話 番 号				
担 当 す る 診 療 科				

(備考)

1. 変更のない事項については記載は不要です。
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してください。

(裏面に続く)

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

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	