

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

申請日 年 月 日

豊中市長 様

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。

(現在の登録内容) 申請者	ふりがな		指定医番号 (10桁)	
	氏名			
	現在の有効期間の終期	年 月 日 まで		

全ての項目に記入し、 □にチェックをつけてください	☐	申請区分 (どちらかに☑)	☐ 専門医資格 による申請	☐ 研修修了による申請
	☐	ふりがな 氏名		
	☐	連絡先 (自宅・その他)	〒 (電話番号)	
	☐	医籍登録番号		
	☐	医籍登録年月日	年 月 日 ※医籍登録番号および登録年月日に変更がある場合は、医師免許の写しを添付	
	☐	主たる勤務先の医療機関 (※2か所目以降は裏面に記載)	医療機関名	
			所在地	〒
電話番号				
担当する診療科				

注意事項

「研修修了による指定医」から「専門医資格による指定医」へ変更希望の場合、専門医に認定されていることを証明する書類（更新申請日時点で有効期間内のもの）の写しを添付してください。

(裏面に続く)

(裏面)

○主たる勤務先の医療機関以外に勤務することのある医療機関の変更等

勤務先の 医療機関② ☐ 追加 ☐ 削除 ☐ 変更なし	医療機関名	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	
勤務先の 医療機関③ ☐ 追加 ☐ 削除 ☐ 変更なし	医療機関名	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	
勤務先の 医療機関④ ☐ 追加 ☐ 削除 ☐ 変更なし	医療機関名	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	
勤務先の 医療機関⑤ ☐ 追加 ☐ 削除 ☐ 変更なし	医療機関名	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科	