

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

年 月 日

京都府知事 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。

| | | |
|----------------------------|-----------|--|
| ふりがな | | |
| 氏 名 | | |
| 住 所 | 〒 | |
| 電 話 番 号 | | |
| 医籍登録番号 | | |
| 医籍登録年月日 | 年 月 日 | |
| 主 たる 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 | |

- (添付書類) 1 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し
2 その他必要な書類

(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医療機関がある場合は記載してください。(申請先の都道府県、指定都市又は中核市に所在する医療機関に限る。)

| | | |
|---|---------|---|
| 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 | |