

小児慢性特定疾病指定医指定更新申請書

(宛先)

年 月 日

大津市長

指定医番号

氏 名

印

指定医の指定更新を受けたいので、児童福祉法施行規則第7条の12の規定により申請します。

変更事項	<input type="checkbox"/>	氏 名		
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒 (電話番号)	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先 医療機関	名 称	
	所 在 地		〒	
	電 話 番 号			
	担 当 す る 診 療 科			
1		名 称		
		所 在 地	〒	
		電 話 番 号		
		担 当 す る 診 療 科		
2		名 称		
		所 在 地	〒	
		電 話 番 号		
		担 当 す る 診 療 科		
3		名 称		
		所 在 地	〒	
		電 話 番 号		
		担 当 す る 診 療 科		
4		名 称		
		所 在 地	〒	
		電 話 番 号		
		担 当 す る 診 療 科		
5		名 称		
		所 在 地	〒	
		電 話 番 号		
		担 当 す る 診 療 科		

注1 変更事項欄は、該当する変更事項の口にレ印を付けるとともに、変更後の内容を記載すること。

2 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。