

（表）

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

（宛先）

大津市長

指定医氏名

児童福祉法第19条の3第1項の規定による指定医の指定に係る申請事項に変更があったので、児童福祉法施行規則第7条の14の規定により届け出ます。

	変更前	変更後
ふりがな 氏 名		
居住地	〒	〒
連絡先（電話番号）		
主として小児慢性特定疾病の 診断を行う医療機関名		
主として小児慢性特定疾病の 診断を行う医療機関の所在地	〒 TEL — —	〒 TEL — —
診療科名		
変更理由		
変更年月日	年 月 日	

注 1 医療意見書を作成する可能性のある医療機関が上記以外にあれば、裏面に記載してください。

2 変更があった項目について、その内容、理由及び変更年月日を記入してください。

3 変更内容が分かる書類を添付してください。

(裏)

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	