

# 小児慢性特定疾病指定医更新申請書

年 月 日

(宛先) 秋田市長

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。

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
	主 勤 医 た 務 療 先 機 る の 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

(裏面に続く)

(裏面)

表面に記載した勤務先以外に、勤務先が秋田市内にある医療機関で、医療意見書を作成する可能性のある医療機関に変更がある場合は、次に記載してください。

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	