様式第４号

小児慢性特定疾病指定医　更新申請書

　　　　年　　月　　日

福 井 県 知 事　様

指定医番号

医 師 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、同法施行

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 | **□** | 指定医氏名 | 　 |
| **□** | 連　絡　先 | 〒（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　） |
| **□** | 医　　　籍登 録 番 号 | 　 |
| **□** | 医　　　籍登録年月日 | 　 | 　　年　　　　　月　　　　　日 |
| **□** | 主たる勤務先の医 療 機 関（主たる勤務先の医療機関を変更した場合、裏面も御記載ください。） | 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．医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

（裏面に続く）

（裏面）

○主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

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