

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

堺 市 長 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、以下の事項について変更があったため児童福祉法施行規則第7条の14に基づき届け出ます。

変更年月日			
<input type="checkbox"/>	指定医氏名		
<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号 — —)	
<input type="checkbox"/>	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	

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載してください。

※上記に記載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に変更がある場合は裏面に記載してください。

主たる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に変更があれば、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	