

小児慢性特定疾病指定医 指定通知書(新規・更新)

様

堺市長



年 月 日付の申請に基づき、児童福祉法第 19 条の 3 第 1 項に規定する
指定医として指定することを通知します。

指定医氏名		生年 月日	
連絡先	郵便番号		
	住所		
	電話番号		
指定医番号			
主たる勤務先 の医療機関名			
担当する診療科			
医療機関の 所在地			
指定有効期間			

備考

- 1 指定から 5 年ごとに更新申請が必要となります。
- 2 上記の記載事項に変更があった場合は、変更の届出が必要となります。