

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。