

(表面)

寝屋川市

小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

年 月 日

(宛先)寝屋川市長

指定医番号

氏名

児童福祉法第19条の3第2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。

※ 変更のある箇所に☑し、変更後の内容を記載(変更のない箇所については記載不要)

<input type="checkbox"/>	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	〒 寝屋川市
		電話番号	
		担当する診療科	
変更年月日		年	月 日

(裏面に続く)

(裏面)

○ 表面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の追加又は変更があれば記載してください。

1	医療機関名	
	所在地	〒 寝屋川市
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒 寝屋川市
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒 寝屋川市
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒 寝屋川市
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒 寝屋川市
	電話番号	
	担当する診療科	