

(表面)

寝屋川市

## 小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

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1項に規定する指定医の指定について更新したいので、児童福祉法施行規則第7条の12の規定に基づき申請します。

|                          |                 |              |           |
|--------------------------|-----------------|--------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> | 氏名              |              |           |
| <input type="checkbox"/> | 連絡先             | 〒<br>(電話番号 ) |           |
| <input type="checkbox"/> | 医籍登録番号          |              |           |
| <input type="checkbox"/> | 医籍登録年月日         | 年            | 月 日       |
| <input type="checkbox"/> | 主たる勤務先の<br>医療機関 | 医療機関名        |           |
|                          |                 | 所在地          | 〒<br>寝屋川市 |
|                          |                 | 電話番号         |           |
|                          |                 | 担当する診療科      |           |

※ 直近の指定申請又は変更届出から変更がある事項に☑を記載すること。

※ 変更の有無に関わらず、該当項目はすべて記載すること。

<添付書類>

1. 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(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に変更があれば記載してください。

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