

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

令和 年 月 日

姫路市長 様

指定医番号 \_\_\_\_\_

申請者氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

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。

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	氏名			
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 _____ (電話番号 _____)		
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号及び登録年月日	第 _____ 号 ( _____ 年 _____ 月 _____ 日)		
	<input type="checkbox"/>	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		
	<input type="checkbox"/>	変更			
	<input type="checkbox"/>	追加			
	<input type="checkbox"/>	削除			
変更する年月日		令和 年 月 日			

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要。
2. 医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。
3. 市内の医療機関で従事されない場合は、辞退届が必要となります。