

様式第5号

姫路市小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

姫路市長 様

指定医番号

申請者氏名 _____

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、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)
	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			
	変更する年月日		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。