

姫路市小児慢性特定疾病指定医更新申請書

(和暦) 年 月 日

姫路市長 様

申請者(指定医師)氏名 _____

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師の指定について、更新したいので、下記のとおり申請します。

登録内容				
ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	
指定医番号(10桁)		現在の指定区分 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 小慢指定医(専門医資格による) <input type="checkbox"/> 小慢指定医(研修受講による)	
現在の有効期間の終期	年 月 日			
医籍登録番号		医籍登録年月日	年 月 日	
変更年月日 (※以下の項目で、変更がある場合のみ)		年 月 日		
なお、今回変更のある項目にはチェックをつけてください。 変更のない項目も含めて、全ての項目について記入ください。	<input type="checkbox"/>	ふりがな 氏名		
	<input type="checkbox"/>	※2箇所目以降は裏面に記載 勤務先の医療機関	<input type="checkbox"/> 医療機関名	
			<input type="checkbox"/> 所在地	〒
			<input type="checkbox"/> 電話番号	
			<input type="checkbox"/> 担当する 診療科	
	<input type="checkbox"/>	現住所	〒	
<input type="checkbox"/>	医籍番号等	※医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合のみ、医師免許証の写しを添付		
指定医要件 (※ <u>研修受講による指定医のみ記載</u> : 以下のいずれかにチェックしてください。)				
研修受講による指定医のみ記載	<input type="checkbox"/>	「研修受講による指定医」として、更新申請します。		
	<input type="checkbox"/>	「専門医資格を有する指定医」へ変更のうえ、更新申請します。 (※以下に記入のうえ、「専門医に認定されていることを証明する書類の写し(更新申請日時点で有効期間内であるもの)」を添付してください。)		
	専門医 資格	専門医資格の名称(有効期限)		専門医の認定機関
名称: (年 月 日まで)				
名称: (年 月 日まで)				

(裏面)

【複数の医療機関で勤務している場合】

表面の主たる勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある姫路市内の医療機関があれば、記載してください。

勤務先の医療機関を全て記載のうえ、「変更・追加・削除・変更なし」のいずれかにチェックしてください。	<input type="checkbox"/>	勤務先の医療機関② <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 変更なし	医療機関名	
			所在地	〒
			電話番号	
			担当する診療科	
	<input type="checkbox"/>	勤務先の医療機関③ <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 変更なし	医療機関名	
			所在地	〒
			電話番号	
			担当する診療科	
	<input type="checkbox"/>	勤務先の医療機関④ <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 変更なし	医療機関名	
			所在地	〒
			電話番号	
			担当する診療科	