

年 月 日

小児慢性特定疾病指定医変更届

世田谷区長 あて

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、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の規定に基づき届け出ます。

<input type="checkbox"/>	氏名		
<input type="checkbox"/>	連絡先	(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 医療機関	医療機関名	
		所在地	
		電話番号	
		担当する診療科	
変更年月日		年 月 日	

添付書類

1. 小児慢性特定疾病指定医指定書の写し
2. 医師免許証の写し（医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合のみ）

(裏面)

主たる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	
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	