

第1号の2の9様式（第1条の5関係）

年 月 日

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

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	(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	

※小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関（世田谷区内に所在する医療機関に限る。）について記載してください。

添付書類

1. 小児慢性特定疾病指定医指定書の写し

(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	