

小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

徳島県知事 殿

指定医番号

医師氏名

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 年 月 日		年 月 日				
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				
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 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					

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要。
2. 医籍の登録番号及び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. 指定通知書（原本）を添付

(裏面に続く)

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

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	