

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

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。

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	〒		
	<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 勤 医 た 務 療 る 先 機 関	医療機関名		
所 在 地			〒		
電 話 番 号					
担 当 す る 診 療 科					

添付書類

1. 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(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	