

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	☐	氏 名		
	☐	連 絡 先	〒	
	☐	医籍登録番号		
	☐	医籍登録年月日	年 月 日	
	☐	主 勤 医 た 務 療 先 機 関 の 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	