様式４号

小 児 慢 性 特 定 疾 病 指 定 医　変 更 届 出 書

年　　月　　日

熊本市長　殿

指定医番号

氏　　名　　印

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	〒 （電話番号　　）	
	□	医籍登録番号		
	□	医籍登録年月日	年　　月　　日	
	□	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	

上記の変更のあった年月日　　年　　月　　日

（備考）

1.　変更のない事項については記載不要。

2.　医籍登録番号及び医籍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

（裏面に続く）

（裏面）

○表面の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。（申請先の都道府県、指定都市又は中核市に所在する医療機関に限る。）

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	