

# 小児慢性特定疾病指定医更新申請書

年 月 日

熊本市長 様

指定医番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

医師氏名

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更新したいので、児童福祉法施行規則第7条12の規定に基づき申請します。

<input type="checkbox"/>	フリガナ		
	指定医氏名		
<input type="checkbox"/>	居住地及び連絡先		〒 _____ (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	名称	
		所在地	〒 _____
		電話番号	_____
		担当する診療科目	_____
		医療機関コード	_____

\*1 変更がある事項の□にレ印を付けて下さい。(変更がない事項については記載不要です。)

\*2 自署の場合は、押印は不要です。

\*3 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してください。

\* 事務処理欄 (これ以下は記入しないでください)

医療区分	2	申請区分	2	指定医区分	0	申請日								
医療機関コード 1						医療機関コード 2								
医療機関コード 3						医療機関コード 4								
医療機関コード 5						医療機関コード 6								

(裏面に続く)

(裏面)

○ 表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載して下さい。

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	