

別記第5号様式

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

函館市長 様

指定医番号
申請者
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。

変更のあった事項	<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 医籍登録番号およ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
- 注1 該当する□内にレ印を記入してください。
変更のあった事項欄については、変更後の内容を記載してください。

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	