

様式4号

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

宮崎県知事 殿

指定医番号

医師氏名

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。

※変更がある事項の□にチェックを付け、変更内容を記載してください

		変更後	変更前
<input type="checkbox"/>	フリガナ		
	指定医氏名		
<input type="checkbox"/>	指定医の 居住地及び 連絡先	〒 —	〒 —
		(電話番号)	(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	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)

- 変更のない事項については記載不要。
- 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)

○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	追 加 ・ 削 除	医 療 機 関 名	
		所 在 地	〒 ー
		電 話 番 号	
		担 診 当 療 す る 科	
2	追 加 ・ 削 除	医 療 機 関 名	
		所 在 地	〒 ー
		電 話 番 号	
		担 診 当 療 す る 科	
3	追 加 ・ 削 除	医 療 機 関 名	
		所 在 地	〒 ー
		電 話 番 号	
		担 診 当 療 す る 科	
4	追 加 ・ 削 除	医 療 機 関 名	
		所 在 地	〒 ー
		電 話 番 号	
		担 診 当 療 す る 科	
5	追 加 ・ 削 除	医 療 機 関 名	
		所 在 地	〒 ー
		電 話 番 号	
		担 診 当 療 す る 科	

※追加、又は削除のいずれかに○を付けてください。