

小 児 慢 性 特 定 疾 病 指 定 医 更 新 申 請 書

年 月 日

宮崎県知事 殿

指定医番号

氏名

メールアドレス

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。

①	専門医資格の名称		専門医の認定機関	
②	研修の名称		研修修了日	

※ 専門医資格がある場合は①を記載ください。専門医資格がない場合は研修の受講が必要のため、②に受講した研修について記載ください。

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		
問合せ先	氏名（所属）		
	電話番号		

※ 本申請に関する問合せ先を記載ください（本人又は事務担当者 等）

○添付書類

1. 申請日時点で有効な専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は研修修了を証明する書類の写し
2. 医籍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

（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	