

# 小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

新潟市長 様

指定医番号

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。

|                          |                          |                  |              |   |
|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------|---|
| 変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載  | <input type="checkbox"/> | 氏 名              |              |   |
|                          | <input type="checkbox"/> | 連絡先<br>(住所・電話番号) | 〒<br>(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<br>医療機関   | 医療機関名        |   |
|                          |                          |                  | 所在地          | 〒 |
|                          |                          |                  | 電話番号         |   |
|                          |                          |                  | 担当する診療科      |   |
| <input type="checkbox"/> | 主たる勤務先以外の医療機関            | 裏面へ記載            |              |   |

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ついて記載してください。(新潟市に所在する医療機関に限る。)

|   |         |   |
|---|---------|---|
| <input type="checkbox"/> 変更<br><input type="checkbox"/> 削除<br><input type="checkbox"/> 追加 | 医療機関名   |   |
|   | 所在地     | 〒 |
|   | 電話番号    |   |
|   | 担当する診療科 |   |
| <input type="checkbox"/> 変更<br><input type="checkbox"/> 削除<br><input type="checkbox"/> 追加 | 医療機関名   |   |
|   | 所在地     | 〒 |
|   | 電話番号    |   |
|   | 担当する診療科 |   |
| <input type="checkbox"/> 変更<br><input type="checkbox"/> 削除<br><input type="checkbox"/> 追加 | 医療機関名   |   |
|   | 所在地     | 〒 |
|   | 電話番号    |   |
|   | 担当する診療科 |   |
| <input type="checkbox"/> 変更<br><input type="checkbox"/> 削除<br><input type="checkbox"/> 追加 | 医療機関名   |   |
|   | 所在地     | 〒 |
|   | 電話番号    |   |
|   | 担当する診療科 |   |
| <input type="checkbox"/> 変更<br><input type="checkbox"/> 削除<br><input type="checkbox"/> 追加 | 医療機関名   |   |
|   | 所在地     | 〒 |
|   | 電話番号    |   |
|   | 担当する診療科 |   |