

年 月 日

(あて先)八戸市長

指定医番号

氏 名

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

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 の規定により申請します。

☐	氏 名		
☐	居 住 地	〒 (電話番号)	
☐	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	

※全ての事項について記入し、直近の指定の申請(変更届出含む)から変更がある事項には
☑を付すること。

添付書類

1. 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(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	