第５号様式(第６関係)

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）

〇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 |  |