

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。

<input type="checkbox"/>	氏 名		
<input type="checkbox"/>	居 住 地	〒 (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)

○表面の勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。(八戸市内の医療機関に限る。)

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	