

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

記載例

〇〇年〇〇月〇〇日

(宛先) 名古屋市長

「名古屋市長」あてでお願いいたします。

指定医番号 2300000000

氏 名 小児 太郎 印

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。

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"/>	居住地及び連絡先	〒 変更事項がある場合のみ、こちらの欄を記入してください。	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日	
	<input checked="" type="checkbox"/>	主たる勤務先機関	医療機関名	名古屋小児病院
		所在地	〒123-5678 名古屋市××区◆◆一丁目2番地	
		電話番号	052-888-9999	
		担当する診療科	小児科	

(裏面に続く)

名古屋市へ申請する場合

(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変更があれば記載してください。
(名古屋市内の医療機関に限る。)

1	医療機関名	□□クリニック
	所在地	〒456-7890 名古屋市〇〇区□□四丁目5番地
	電話番号	052-123-4567
	担当する診療科	小児科
2	医療機関名	
	所在地	〒 <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; background-color: #0070c0; color: white; display: inline-block;"> 診断書を作成する可能性のある医療機関で、表面にご記入いただいた医療機関以外の医療機関について、変更がある場合のみ、こちらの欄をご記入ください。(名古屋市内のみ) ※診断書を作成する可能性のある医療機関が名古屋市外にもある場合は、その医療機関の所在地を所管する実施主体にも申請が必要です。 </div>
	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	