

小児慢性特定疾患指定医変更届出書

年 月 日

佐賀県知事様

指定医番号

指定医氏名

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つ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。

変更のある事項はチェックをし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	氏名		
	<input type="checkbox"/>	居住地 連絡先	〒 (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	
	上記の変更のあつた年月日		年 月 日	
	添付書類		小児慢性特定疾患指定医 指定通知書	

(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がに
変更があれば記載してください。(佐賀県に所在する医療機関に限る。)

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	