小児慢性特定疾病指定医　更新申請書

　　年　　月　　日

（宛先）長野市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医番号（　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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 | □ | 氏　　　名 |  | |
| □ | 連　絡　先 | 〒 | |
| □ | 医籍登録番号 |  | |
| □ | 医籍登録年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| □ | 主たる勤務先  医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する  診療科 |  |
| □ | 専門医資格 |  | |
| 変更事項なし | | | □ | |

※添付書類

【必　　　須】小児慢性特定疾病指定医 指定通知書の写し

【該当者のみ】専門医資格を証する書類の写し

　　　　　　（研修受講による指定医であって、指定期間内に専門医資格を取得した場合）

（裏面に続く）

（裏面）

○　表面の勤務先以外の医療機関にも勤務し、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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |