**小児慢性特定疾病指定医　変更届出書**

年　　　　　　月　　　　　　日

岡　 山　 市　 長　　　　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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、以下の事項について変更があったため、児童福祉法施行規則第７条の１４の規定に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更のあった年月日 | | 年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| 変更の前後 | | 変更前 | 変更後　※ |
| ふ　り　が　な | |  |  |
| 氏　　　名 | |  |  |
| 住　　　所 | | 〒　　　－ | 〒　　　－ |
| 連絡先電話番号 | |  |  |
| 医籍登録番号 | | 第　　　　　　　　　号 | 第　　　　　　　　　号 |
| 医籍登録年月日 | | 年　　　月　　　日 | 年　　　月　　　日 |
| 小児慢性  特定疾病の  診断を行う  医療機関 | 名　称 |  |  |
| 所在地 | 〒　　　－ | 〒　　　－ |
| 担当する  診療科名 |  |  |

※　「変更後」欄には「変更前」欄の内容から変更があった項目のみ記載すること。

**＜添付書類＞医師免許証の写し（医籍番号又は医籍登録年月日に変更があった場合に添付すること。）**

（裏面も記載してください）

（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。（申請先の都道府県、指定都市又は中核市に所在する医療機関に限る。）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更の前後 | | 変更前 | 変更後 |
| １ | 医療機関名 |  |  |
| 所 在 地 | 〒 |  |
| 担当する  診療科名 |  |  |
| ２ | 医療機関名 |  |  |
| 所 在 地 | 〒 |  |
| 担当する  診療科名 |  |  |
| ３ | 医療機関名 |  |  |
| 所 在 地 | 〒 |  |
| 担当する  診療科名 |  |  |
| ４ | 医療機関名 |  |  |
| 所 在 地 | 〒 |  |
| 担当する  診療科名 |  |  |
| ５ | 医療機関名 |  |  |
| 所 在 地 | 〒 |  |
| 担当する  診療科名 |  |  |