**小児慢性特定疾病指定医　更新申請書**

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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な | | |  | | |
| 氏　　　名 | | |  | | |
| 住　　　所 | | | 〒　　　－ | | |
| 連絡先電話番号 | | |  | | |
| 生 年 月 日 | | | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
| 医籍の登録番号 | | 第　　　　　　号 | | 医籍の登録年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関（注） | | 名　称 |  | | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | |
| 担当する  診療科名 |  | | |
|  | | | | | |
| 指定通知の送付先  （どちらかに○） | １　医療機関あて　　　　　　　２　申請者住所あて | | | | |

（注）小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関を記載してください。

※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。）

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