

年 月 日

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

豊島区長 殿

指定医氏名

指定医番号(_____)

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。

| | | | | |
|-------------------------------|--------------------------|-------------|-------------------------|--|
| 変更事項の□にチェックし、変更後の内容を記載してください。 | <input type="checkbox"/> | 氏名 | | |
| | <input type="checkbox"/> | 住所・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 | | |

変更年月日 _____ 年 月 日

【添付書類】

1. 小児慢性特定疾病指定医指定書の写し
2. 医師免許証の写し（医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合）

(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（豊島区に所在する医療機関に限る。）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 | |