|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式４号  小 児 慢 性 特 定 疾 病 指 定 医　更 新 申 請 書  　　　年　　月　　日 | | | | |
| 千葉市長　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。 | | | | |
| 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 | 〒   （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| □ | 医籍登録番号 |  | |
| □ | 医籍登録年月日 | 年　　　　月　　　　日 | |
| □ | 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 |  |
| 添付書類  1．小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し | | | | |
| （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 |  |