

指定医指定更新申請書（小児慢性特定疾病）

年 月 日

岡山県知事 殿

指定医番号

指定医氏名

住 所

電 話 番 号

児童福祉法（昭和22年法律第164号）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（昭和23年厚生省令第11号）第7条の12の規定により申請します。

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名		
	<input type="checkbox"/>	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 勤 医 務 先 生 医 療 機 関 の 関 係	医療機関名	
		所在地	〒	
		電話番号		
		担当する診療科		

添付書類

- 1 氏名を変更した場合は、変更を証明する書類（住民票の写し等）
- 2 医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し

（裏面に続く）

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関（変更後）

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	