様式第1号の12（第1条の6関係）

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年　　月　　日

　（あて先）岐阜市長

　 指定医番号

　 指定医氏名

　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届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 変　更　事　項 | 変更事項が生じた年月日 |
| （フリガナ）指定医氏名 | □ |  | 　　年　月　日 |
| 住　　　所 | □ |  | 　　年　月　日 |
| 連絡先 | □ |  | 　　年　月　日 |
| 医籍の登録番号 | □ | 第　　　　　　　　号 | 　　年　月　日 |
| 医 籍 の登録年月日 | □ | 　　　年　　月　　日 | 　　年　月　日 |
| 主たる勤務先の医療機関 | □ | 名　称（診療科） | （　　　　　　　　　　　　　　　） | 　　年　月　日 |
| □ | 所在地 | 〒 　－　　（電話番号　　－　　　－　　）岐阜市 | 　　年　月　日 |
| 医療意見書を作成する医療機関（上記の医療機関を除く。） | □ | 名　称（診療科） | （　　　　　　　　　　　　　　　） | 　　年　月　日 |
| □ | 所在地 | 〒 　－　　（電話番号　　－　　　－　　） | 　　年　月　日 |

備考

1　変更がある事項の□の中にレ印を付けてください。

　2　医籍の登録番号に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付してください。

　3　変更する医療機関が多い場合は、裏面に記入してください。

（裏面）

医療意見書を作成する医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 変　更　事　項 | 変更事項が生じた年月日 |
| □ | 名　称（診療科） | （　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　） | 　　年　月　日 |
| □ | 所在地 | 〒　　－ 　（電話番号　　　－　 　　－ 　　　） | 　　年　月　日 |
| □ | 名　称（診療科） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | 　　年　月　日 |
| □ | 所在地 | 〒　　－ 　（電話番号　　　－　 　　－ 　　　） | 　　年　月　日 |
| □ | 名　称（診療科） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） | 　　年　月　日 |
| □ | 所在地 | 〒　　－ 　（電話番号　　　－　 　　－ 　　　） | 　　年　月　日 |
| □ | 名　称（診療科） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | 　　年　月　日 |
| □ | 所在地 | 〒　　－ 　（電話番号　　　－　 　　－ 　　　） | 　　年　月　日 |
| □ | 名　称（診療科） | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　） | 　　年　月　日 |
| □ | 所在地 | 〒　　－ 　（電話番号　　　－　 　　－ 　　　） | 　　年　月　日 |