小 児 慢 性 特 定 疾 病 指 定 医　 変 更 届 出 書

　　年　　月　　日

高　知　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，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 |  |
| □ | 主 た る勤務先の医療機関（高知市内のみ） | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 担 当 す る診　療　科 |  |
| ※主たる勤務先の医療機関以外で医療意見書を作成する可能性のある医療機関（高知市内のみ）に変更がある場合は下の欄に記載してください。　 |
| 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 |  |

　　　◎上記の変更があった年月日　　　　年　　月　　日

　　※変更のない事項については記載不要です。

　　 ※医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は，医師免許証の写しを添付してください。