小 児 慢 性 特 定 疾 病 指 定 医　 更 新 申 請 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 |  |
| □ | 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 |  |

　　＜添付書類＞　小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し