

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

令和〇年〇月〇日

高知県知事 様

指定医番号 3902〇〇〇〇〇〇

医師氏名 高知 太郎

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。

記載 ①又は②の いずれかを	①	専門医の 資格の名称		専門医の 認定機関	
	②	研修の名称	小児慢性特定疾病指定医 研修	研修 修了日	令和〇年〇月〇日
変更がある事項に 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	〒		
	<input type="checkbox"/>	変更がある場合のみ、記載してください。			
	<input type="checkbox"/>	医籍登録 年月日	年 月 日		
	<input checked="" type="checkbox"/>	主たる勤務先 の医療機関	医療機関名	〇〇病院	
	所在地		〒780-0000 南国市〇〇町△-△		
	電話番号		088-〇〇〇-〇〇〇〇		
	担当する 診療科		〇〇科		

添付書類

- 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し
- 医籍の氏名等に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

(様式第5号別紙)

○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。(高知市を除く高知県内に所在する医療機関に限る。)

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	