（倉敷市様式）

小児慢性特定疾病指定医　変更届出書

年　　月　　日

倉　敷　市　長　　あて

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更のあった年月日 | | | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 変更事項（該当欄に☑） | | | 変更後 |
| □ | ふ り が な | |  |
| 氏　 　名 | |  |
| □ | 住　 　所 | | 〒 |
| □ | 連絡先電話番号 | | （勤務先） |
| （携　帯） |
| □ | 医籍登録番号 | |  |
| □ | 医籍登録年月日 | |  |
| □ | 主たる  勤務先の  医療機関 | 名　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 担当する  診療科 |  |

※ 変更のない事項については記載不要

＜添付書類＞・医師免許証の写し（医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合のみ添付）

（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の変更等

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| 電話番号 |  |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| 電話番号 |  |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| 電話番号 |  |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| 電話番号 |  |
| ５ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 担当する診療科名 |  |
| 電話番号 |  |