

小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

高知県知事 様

指定医番号

医師氏名

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に基づき、届け出ます。

変更年月日		年 月 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"/>	医籍登録番号	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関	医療機関名
	所在地		〒
	電話番号		
	担当する診療科		

(備考)

- 1 変更のない事項については記載不要。
- 2 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してください。

(様式第4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	