

第1号様式の11（第1条の7関係）

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

年 月 日

郡山市長

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の規定により申請します。

変更のある事項にレ印を付し、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	氏 名		
	<input type="checkbox"/>	住 所 及 び 電 話 番 号	(電話番号)	
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 番 号		
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 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			

添付書類 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

主たる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。

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	