

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

令和6年 ○月 △日

(宛先)
枚方市長

直近の指定の申請(変更届出を含む。)から変更がある事項に☑を付しその内容を記入、及び、別紙【変更届出書】の提出が必要です。

指定医番号 270170△△△△

氏名 枚方 太郎

児童福祉法第19条第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	<input type="checkbox"/>	氏名		
	<input checked="" type="checkbox"/>	連絡先	〒573-0000 枚方市○○町○丁目△番□号 (電話番号 072-000-△△00)	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号	000000	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	昭和○○年 △月 □□日	
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関	医療機関名	0000病院
		所在地	〒573-△△△△ 枚方市○○町△丁目○○番△△号	
		電話番号	072-000-△□□□	
		担当する診療科	小児科	
小児慢性特定疾病児童データベースの利用		<input checked="" type="checkbox"/> 利用する (新規・ 継続) <input type="checkbox"/> 利用しない		

添付書類

- 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(裏面に続く)

(裏面)

○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。(枚方市に所在する医療機関に限ります。)

1	医療機関名	医療法人 ○○クリニック
	所在地	〒573-○○○○ 枚方市□□町○丁目□□番△号
	電話番号	072-□□□-○○○○
	担当する診療科	小児科
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	