

## 小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

福山市長 様

指定医番号

指定医名前

小児慢性特定疾病指定医の指定事項について変更があったので、児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号）第7条の14の規定により、次のとおり届け出ます。

|                          |                          |                     |       |              |        |       |  |  |
|--------------------------|--------------------------|---------------------|-------|--------------|--------|-------|--|--|
| 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"/> | 指定医名前               | 変更後   |              |        |       |  |  |
|                          |                          |                     | 変更前   |              |        |       |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> | 医籍登録番号及び<br>医籍登録年月日 | 変更後   | 登録番号：        | 登録年月日： | 年 月 日 |  |  |
|                          |                          |                     | 変更前   | 登録番号：        | 登録年月日： | 年 月 日 |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> | 居住地及び<br>連絡先        | 変更後   | 〒<br>電話番号（ ） |        |       |  |  |
|                          |                          |                     | 変更前   | 〒<br>電話番号（ ） |        |       |  |  |
|                          | <input type="checkbox"/> | 主たる<br>勤務先の<br>医療機関 | 医療機関名 | 変更後          |        |       |  |  |
|                          |                          |                     |       | 変更前          |        |       |  |  |
|                          |                          |                     | 所在地   | 変更後          | 〒      |       |  |  |
|                          |                          |                     |       | 変更前          | 〒      |       |  |  |
|                          |                          |                     | 電話番号  | 変更後          |        |       |  |  |
|                          |                          |                     |       | 変更前          |        |       |  |  |
| 担当する<br>診療科名             |                          |                     | 変更後   |              |        |       |  |  |
|                          |                          |                     | 変更前   |              |        |       |  |  |

（備考1）変更のない事項については、記載不要です。

（備考2）医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更があった場合は、医師免許証の写しを添付してください。

（備考3）指定医名前、勤務先の医療機関又は医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更があった場合は、小児慢性特定疾病指定医指定通知書を添付してください。

（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 | 変更後 |   |
|         |       | 変更前 |   |
|         | 所在地   | 変更後 | 〒 |
|         |       | 変更前 | 〒 |
|         | 電話番号  | 変更後 |   |
|         |       | 変更前 |   |
| 担当する診療科 | 変更後   |     |   |
|         | 変更前   |     |   |
| 2       | 医療機関名 | 変更後 |   |
|         |       | 変更前 |   |
|         | 所在地   | 変更後 | 〒 |
|         |       | 変更前 | 〒 |
|         | 電話番号  | 変更後 |   |
|         |       | 変更前 |   |
| 担当する診療科 | 変更後   |     |   |
|         | 変更前   |     |   |
| 3       | 医療機関名 | 変更後 |   |
|         |       | 変更前 |   |
|         | 所在地   | 変更後 | 〒 |
|         |       | 変更前 | 〒 |
|         | 電話番号  | 変更後 |   |
|         |       | 変更前 |   |
| 担当する診療科 | 変更後   |     |   |
|         | 変更前   |     |   |