

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

栃木県知事 様

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に基づき届け出ます。

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	☐	氏 名		
	☐	連 絡 先	〒 (電話番号)	
	☐	医籍登録番号		
	☐	医籍登録年月日	年 月 日	
	☐	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	

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)

- 1. 変更のない事項については記載不要。
- 2. 医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

(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

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	