

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

年 月 日

豊島区長 殿

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 の規定に基づき届け出ます。

氏 名		
指 定 医 番 号		
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	

【添付書類】

小児慢性特定疾病指定医指定書の写し
専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は研修修了を証明する書類の写し

(裏面)

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（申請先となる豊島区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	