

年 月 日

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

豊島区長 殿

指定医氏名

指定医番号(_____)

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の規定に基づき届け出ます。

変更事項の□にチェックし、変更後の内容を記載してください。	<input type="checkbox"/>	氏名		
	<input type="checkbox"/>	住所・連絡先	〒 _____ (電話番号 _____)	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	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		

変更年月日 _____ 年 月 日

【添付書類】

1. 小児慢性特定疾病指定医指定書の写し
2. 医師免許証の写し（医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合）

(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（豊島区に所在する医療機関に限る。）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	
5	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科	