

小児慢性特定疾病医療指定医更新申請書

令和 年 月 日			
<p>(あて先) 横須賀市長 様</p> <p style="text-align: center;">指定医番号</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p style="text-align: center;">(年 月 日生)</p> <p>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、児童福祉法施行規則第 7 条の 12 の規定に基づき申請します。</p>			
変更のある事項がある場合は、□にレ点を入れ、変更後の内容を記載してください。			変更年月日
氏 名	<input type="checkbox"/>		
連絡先	<input type="checkbox"/>	〒 電話番号 ()	
医籍登録番号	<input type="checkbox"/>		
医籍登録年月日	<input type="checkbox"/>		
主たる勤務先の医療機関	医療機関名	<input type="checkbox"/>	
	所在地	<input type="checkbox"/>	〒
	電話番号	<input type="checkbox"/>	()
	担当する診療科	<input type="checkbox"/>	
その他の勤務先の医療機関	<input type="checkbox"/>	上記以外の横須賀市内の医療機関に勤務先し、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る場合は、裏面に記載してください。	

(添付書類)

- ・ 医師免許証の写し
- ・ 専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは小児慢性特定疾病指定医育成研修の終了を証明する書類の写し
- ・ 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(裏面に続く)

様式4の裏

○表面の記載以外の横須賀市内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。

医療機関			変更年月日
1	医療機関名		
	所在地	〒	
	電話番号	()	
	担当する診療科名		
2	医療機関名		
	所在地	〒	
	電話番号	()	
	担当する診療科名		

○医療意見書の作成をやめる医療機関がある場合は記載をしてください。

医療機関			変更年月日
1	医療機関名		
	所在地	〒	
	電話番号	()	
	担当する診療科名		
2	医療機関名		
	所在地	〒	
	電話番号	()	
	担当する診療科名		