

小児慢性特定疾病医療指定医変更届出書

令和 年 月 日	
(あて先) 横須賀市長 様 指定医番号 氏 名 (年 月 日生)	
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。	
変更のある事項の□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。

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要です。
2. 氏名が変更されたときは本人であることを証明する書類（戸籍抄本等）の写し、医籍の登録番号及び登録年月日に変更があったときは、そのことを証する書類の写しを添えてください。

(裏面に続く)

様式5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		