

様式7号

## 小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

(宛先) 岡崎市長

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		
	専門医資格の取得	専門医の名称		
		有効期間		
	他実施主体が実施する小児慢性特定疾病指定医研修の受講	研修実施主体		
		研修修了年月日		
	主 勤 医 た 務 療 先 機 関 の 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. 小児慢性特定疾病指定医指定通知書を添付
3. 氏名に変更がある場合は、医師免許証の写し又は戸籍抄本等氏名変更が確認できる書類を添付
4. 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
5. 専門医資格の取得及び他実施主体が実施する小児慢性特定疾病指定医研修を受講した場合、わかるものを添付

(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の変更等

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	