様式第２号

小児慢性特定疾病指定医　更新申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　茨城県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ふ　り　が　な氏名 |  | | |
|  | 現住所 | 〒  茨城県 | | |
|  | 連 　　絡 　　先 | 電　話　番　号 |  | |
| メールアドレス |  | |
|  | 医籍登録番号 |  | | |
|  | 医籍登録年月日 | 昭和  年　　　　　月　　　　　日  平成 | | |
|  | 主たる勤務先の  医療機関 | 名　称 | |  |
| 所在地 | | 〒  茨城県 |
| 電話番号 | |  |
| 担当する診療科 | |  |

備考

　１　「小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し」を添付すること。

２　変更のあった事項の□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載すること。

３　氏名の変更、あるいは医籍の登録番号又は医籍の登録年月日の変更がある場合は、医師免許証の写し

を添付すること。

４　その他医療意見書を作成する可能性のある医療機関に複数変更がある場合には、裏面に記載すること。

（裏面）

○主たる勤務先以外に勤務する茨城県内の医療機関に変更があれば記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 |
|
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 2 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 |
|
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 3 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 |
|
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 4 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 |
|
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 5 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒  茨城県 |
|
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |