

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

令和 年 月 日

奈良県知事 殿

指定医番号

氏 名 印

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。

変更のない項目も含め、 また、今回変更がある項目には チェックを付けてください。 全ての項目についてご記入ください。	<input type="checkbox"/>	氏 名		
	<input type="checkbox"/>	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 勤 医 た 務 療 先 機 関 る の 関	医療機関名	
		所 在 地	〒	
		電 話 番 号		
		担 当 す る 診 療 科		

(裏面に続く)

(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を記載してください。(奈良市を除く奈良県内に所在する医療機関に限る。)

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	