

(様式第6号)

## 小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

年 月 日

神戸市長 あて

(指定医番号： )

指定医氏名 \_\_\_\_\_

児童福祉法第19条の3第2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に基づき申請します。

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載 更新前の内容から変更のある事項がある場合は	<input type="checkbox"/>	氏名			
	<input type="checkbox"/>	連絡先 (住所・電話番号)	〒 _____ _____ ☎ _____		
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		医籍登録年月日	年 月 日
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の 医療機関	医療機関名		
			所在地	〒 _____	
電話番号					
担当する 診療科					
上記変更のあった年月日		年 月 日			

(添付書類)

1. 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し  
(備考)

1. 変更のない事項については記載不要です。

2. 勤務先の医療機関の変更については、主たる勤務先に加え、裏面のその他の勤務先についても変更があれば記載が必要です。

3. 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ください。

(裏面に続く)

(様式第6号)

○ 表面の主たる勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある神戸市内の医療機関があれば、記載してください。

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	