

(様式第 5 号)

小児慢性特定疾病指定医 変更届

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 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	☐	フリガナ			
		氏 名			
	☐	連 絡 先 (住所・電話番号)	〒 		
		☐	医籍登録番号		医籍登録年月日
	☐	主たる勤務先の 医療機関 (神戸市内)	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			

(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。
4. 神戸市内の医療機関において医療意見書を記載されない場合は、辞退届が必要となります。

(裏面に続く)

(様式第5号)

○ 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	