

# 小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

年 月 日

京都府知事 様

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関し、以下の事項について変更がありましたので、児童福祉法施行規則第7条の14の規定に基づき届け出ます。

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記入	<input type="checkbox"/>	ふりがな		
	<input type="checkbox"/>	氏 名		
	<input type="checkbox"/>	住 所	〒	
	<input type="checkbox"/>	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		

上記の変更のあった日 年 月 日

(備考)

- 1 変更のない事項については記入不要
- 2 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

(裏面に続く)

(裏面)

○ 表面の「主たる勤務先の医療機関」以外に勤務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	