

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

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		
住 所	〒	
電 話 番 号		
医籍登録番号		
医籍登録年月日	年 月 日	
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	

(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

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	