

(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 更新 前 の 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	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		

(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)

○ 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	