

（表面）

年 月 日

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

（あて先）長崎市長

指定医番号

氏 名

㊟

児童福祉法施行規則第7条の14の規定により、小児慢性特定疾病指定医について次のとおり変更があったので、届け出ます。

変更のあった事項	変更の内容	
1 指定医の氏名	(変更前)	
2 指定医の居住地		
3 指定医の電話番号		
4 医籍登録番号		
5 医籍登録年月日		(変更後)
6 主たる勤務先の医療機関名		
7 主たる勤務先の所在地		
8 主たる勤務先の電話番号		
9 主たる勤務先の担当する診療科名		
変更年月日	年 月 日	

備考

- 1 該当項目番号に○を付してください。
- 2 記名押印に代えて署名することができます。
- 3 医籍登録番号又は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してください。
- 4 上記の勤務先以外の医療機関（本市に所在する医療機関に限る。）に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある場合は、裏面に記載してください。

(裏面)

1	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	
	電話番号	
	担当する診療科名	