第１号様式の６（第２条の３関係）

（表面）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

（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１２の規定により、小児慢性特定疾病指定医の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 変更のあった事項 | 変更の内容 |
| １ | 指定医の氏名 | （変更前）（変更後） |
| 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 |
| 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 |

備考

　　１　小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写しを添付してください。

　　２　記名押印に代えて署名することができます。

　　３　該当項目番号に○を付してください。

　　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 |  |