

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

令和 年 月 日

吹田市長宛

指定医番号

医師氏名

児童福祉法施行規則第7条の14の規定に基づき、次のとおり変更があったので届け出ます。

変更年月日		令和 年 月 日	
変更のある事項に☑をし、変更後の内容を記載してください	<input type="checkbox"/>	氏名	
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (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		

※小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある医療機関について記載してください。(吹田市に所在する医療機関に限る)

(備考)

- ・小児慢性特定疾病指定医指定(更新)通知書を添付してください。
- ・変更のない事項については記載は不要です。
- ・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してください。
- ・勤務先の医療機関が変更になった場合は、変更後の勤務先についてすべてご記入ください。
- ・氏名変更の場合は、それを確認できる公簿(住民票・戸籍等)の写しを添付してください。(裏面に続く)

(裏面)

○ 表面の主たる勤務先以外に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関のうち、吹田市に所在する医療機関をすべて記載してください。

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	