

# 小児慢性特定疾病指定医指定更新申請書

令和 年 月 日

吹田市長宛

氏 名

〒

住 所

(連絡先)

電話番号

児童福祉法施行規則第7条の12の規定による指定医の指定の更新について申請します。

変更のある事項にチェックし、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)

## 添付書類

- ・氏名又は医籍登録番号、医籍登録年月日に変更となっている場合は、書換後の医師免許証の写し(裏面に書換等の記載がある場合には、裏面の写しも必ず添付してください。)
- ・小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(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	