小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

年　　月　　日

広島県知事　様

指定医番号

医師氏名

　児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、下記のとおり申請事項の

変更があったため届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | |
| 変更事項 | | | 変更前 | | | | | | 変更後 | | | | | |
| □ | 医師氏名 | |  | | | | | |  | | | | | |
| □ | 住所 | | 〒　　－ | | | | | | 〒　　－ | | | | | |
| （電話　　　－　　　－　　　　） | | | | | | （電話　　　－　　　－　　　　） | | | | | |
| □ | 医籍登録 番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| □ | 医籍登録年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | |
| □ | 主たる勤務先の医療機関 | 医　療機関名 |  | | | | | |  | | | | | |
| 所在地 | 〒　　－ | | | | | | 〒　　－ | | | | | |
| （電話　　　－　　　－　　　　） | | | | | | （電話　　　－　　　－　　　　） | | | | | |
| 担当する 診療科 |  | | | | | |  | | | | | |

１　変更があった事項に☑を入れ、「変更前」と「変更後」に記入してください。

２　氏名変更の場合は、新旧の氏名がわかる書類（運転免許証コピーや戸籍抄本原本など）を、

医籍登録番号変更の場合は、医師免許証コピーを添付してください。

　３　主たる勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性がある医療機関に変更が

　　あれば、うら面に記入してください。

４　指定要件変更（研修修了での指定から専門医資格を取得）の場合は変更届ではなく、辞退届と

新規申請が必要になります。

（うら面）

主に勤務する医療機関以外に勤務する医療機関

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| １ | 所在地 | 〒　　　　－ | （電話　　　　－　　　　－　　　　） |
|  | |
| 名　称 |  | |
| 担当する 診療科名 |  | |
| ２ | 所在地 | 〒　　　　－ | （電話　　　　－　　　　－　　　　） |
|  | |
| 名　称 |  | |
| 担当する 診療科名 |  | |
| ３ | 所在地 | 〒　　　　－ | （電話　　　　－　　　　－　　　　） |
|  | |
| 名　称 |  | |
| 担当する 診療科名 |  | |
| ４ | 所在地 | 〒　　　　－ | （電話　　　　－　　　　－　　　　） |
|  | |
| 名　称 |  | |
| 担当する 診療科名 |  | |
| ５ | 所在地 | 〒　　　　－ | （電話　　　　－　　　　－　　　　） |
|  | |
| 名　称 |  | |
| 担当する 診療科名 |  | |