

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

久留米市長 宛て

指定医番号

医師氏名

指定医の指定に係る以下の事項について変更があったため、児童福祉法施行規則第7条の14の規定により届け出ます。

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名	(旧氏名) (生年月日)			
	<input type="checkbox"/>	居住地	〒			
	<input type="checkbox"/>	連絡先				
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先医療機関の関	医療機関名			
			所在地	〒		
			電話番号			
担当する診療科						
<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		<input type="checkbox"/>	登録年月日		
変更年月日		年 月 日				

(備考)

- ※ 氏名、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。
- ※ 久留米市内にある勤務先を記入すること。久留米市以外の所在地の場合は、福岡県及び各指定都市に届出が必要。

(裏面に続く)

(裏面)

○ 表面の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追加の医療機関があれば記載してください。

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	