小児慢性特定疾病指定医更新申請書

様式第２３号

　　　年　　月　　日

香川県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主たる勤務先

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更新したいので、児童福祉法施行規則第７条の１２の規定に基づき申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 指定医氏名 | |  |
| □ | 連　絡　先 | | 〒  電話番号 |
| □ | 医籍登録番号 | |  |
| □ | 医籍登録年月日 | |  |
| □ | 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 |  |
| □ | そ　の　他 | |  |

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　□については、変更のある事項に「***レ***」を記入し、右欄に変更後の内容を記載してください。

３　変更のない事項についての記載は不要です。

４　氏名の記載を自署で行う場合は、押印を省略することができます。

５　上記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医療機関（高松市を除く香川県内の医療機関に限る）変更があれば次に記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |

　　記載欄が不足する場合は、適宜用紙を追加してください。