

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

京都府知事 様

指定医番号

医師氏名

児童福祉法第19条の3第2項に規定する指定医の指定について、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に基づき届け出ます。

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			
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)		
	<input type="checkbox"/>	勤務先機関の 医療機関	医療機関名		
			所在地	〒	
			電話番号		
担当する診療科					

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要。

(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又は変更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	