

小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

令和 年 月 日

秋田県知事 様

指定医番号

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、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"/>	氏 名		
	<input type="checkbox"/>	住 所	〒	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号	(電話番号)	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	秋田県内の (秋田市を除く) 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			

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要
2. 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
(裏面に続く)

(裏面)

○主たる勤務先以外に勤務することのある医療機関（秋田市を除く）の変更等

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	