

# 小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

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。

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	〒 (電話番号 )	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		
	<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			

添付書類

1. 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(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	