

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	☐	氏 名		
	☐	住 所 (所属先)	〒 (電話番号)	
	☐	医籍登録番号		
	☐	医籍登録年月日	年 月 日	
	☐	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)

○表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関（秋田市を除く）に変更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	