

松江市小児慢性特定疾病指定医 変更届出書

年 月 日

(あて先) 松江市・島根県共同設置
松江保健所長

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"/>	医 登 録 番 籍 号		
	<input type="checkbox"/>	医 登 録 年 月 日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	医療意見書を作成する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. 変更のない事項については記載不要。
2. 医籍登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し

(裏面に続く)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関への変更等

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	