

松江市小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

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更新したいので、  
以下のとおり申請します。

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	①	専門医の 名 称		専門医の 認定機関 (学会)		専門医の 有効期間	年 月 日迄	
	②	研 修 の 名 称			研 修 了 日		年 月 日	
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 籍 登録番号						
	<input type="checkbox"/>	医 籍 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. 専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修修了を証明する書類の写し
2. 医籍の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	