第１号様式の１４（第１条の８関係）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 小児慢性特定疾病指定医　指定更新申請書 | | | | |
| 変更がある事項にチェックし、変更後の内容を記載 | □ | 指定医氏名 |  | |
| □ | 住所 | 〒 | |
| □ | 電話番号 |  | |
| □ | 医籍登録  番号 |  | |
| □ | 医籍登録  年月日 | 年　　　月　　　日 | |
| □ | 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 |  |
| ※変更がない事項については記載不要です。  ※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  添付してください。 | | | |
| 備考 | |  | | |
| 児童福祉法（昭和２２年法律第１６４号）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ため，児童福祉法施行規則（昭和２３年厚生省令第１１号）第７条の１２の規定に基づき，上記のとおり申請します。  　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医番号  　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名  （宛先）松山市長 | | | | |

　添付書類

　　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） | | | | | |
| ○表面の主たる勤務先の医療機関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（所在地が松山市外の場合も含む。）で，追加，変更又は削除する医療機関があれば記載してください。 | | | | | |
|  | １ | □追加  □変更  □削除 | 医療機関名 |  |  |
| 所在地 | 〒 |
|  | 電話番号 |  |  |
| 担当する診療科 |  |
|  | ２ | □追加  □変更  □削除 | 医療機関名 |  |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ３ | □追加  □変更  □削除 | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ４ | □追加  □変更  □削除 | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ５ | □追加  □変更  □削除 | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
|  | | | | | |