

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	<input type="checkbox"/>	指定医氏名		
	<input type="checkbox"/>	住 所	〒	
	<input type="checkbox"/>	電 話 番 号		
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 番 号		
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 日 年 月 日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	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			
<p>※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。</p>				
備 考				
<p>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。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">指定医番号</p> <p style="text-align: center;">氏 名</p> <p>（宛先）松山市長</p>				

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	<input type="checkbox"/> 追加	医療機関名	
	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
2	<input type="checkbox"/> 追加	医療機関名	
	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
3	<input type="checkbox"/> 追加	医療機関名	
	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
4	<input type="checkbox"/> 追加	医療機関名	
	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
5	<input type="checkbox"/> 追加	医療機関名	
	<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除	所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	