

指定医指定更新申請書

年 月 日

石川県知事 殿

指定医番号

医師氏名

印

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、下記のとおり申請します。

申請区分		小児慢性特定疾病指定医			
記載 い① ず又 れは か② をの	①	専門医の 資格の名称		専門医の 認定機関	
	②	研修の名称		研修 了日	
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	大正 昭和 平成 令和	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				

添付書類

1. 指定医通知書（小児慢性特定疾病指定医指定通知書）の写し
2. 1の書類が交付された以後に氏名に変更があった場合は、変更が確認できる書類（写し可）

(裏面)

○ 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	