

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

年 月 日

鳥取県知事 様

指定医番号

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、児童福祉法施行規則第7条の12の規定に基づき申請します。

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"/>	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"/>	主 勤 医 た 務 療 先 機 関 の 関	医療機関名		
			所 在 地	〒	
電 話 番 号					
担 当 す る 診 療 科					

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)

○表面の勤務先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鳥取県内の医療機関（鳥取市を除く）に変更があれば記載してください。

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	