

## 小児慢性特定疾病指定医変更届出書

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、以下の事項について変更があったため児童福祉法施行規則第7条の14に基づき届け出ます。

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 先 療 機 関 る の 関	医療機関名	
	所 在 地		〒	
	電 話 番 号			
	担 当 す る 診 療 科			

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要。
2. 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  
(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）医療機関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	