小児慢性特定疾病指定医更新申請書

令和　　年　　月　　日

（宛先）奈良市長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ２ | ９ | ０ |  |  |  |  |  |  |  |

指定医番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 直近の指定申請から変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載 | 医師の氏名 | □ |  |
| 医師の連絡先 | □ | 〒 |
|  |
| （電話番号） |
| 医籍の登録番号 | □ |  |
| 医籍の登録年月日 | □ | 　　　　　　　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日 |
| 主たる勤務先の医療機関※奈良市に所在するものに限る。 | □ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
|  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |

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。

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
3. 小慢指定医研修の受講による指定医のうち、専門医資格による指定医への変更を希望する場合、専門医に認定されていることを証明する書類の写しを添付

（裏面に続く）

（裏面）

○　表面の主たる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医療機関（奈良市に所在するものに限る。）に変更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 |  |