

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

指定医番号

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

ふりがな
医師氏名

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。

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	

- 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	