小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

柏市長あて

指定医番号

指定医氏名

児童福祉法第19条の3第2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	指定医氏名		
☐ 変更	住所（連絡先）	〒 (電話番号)	
☐ 変更 ☐ 削除 ☐ 追加	勤務先機関の 医療機関	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する 診療科	
☐ 変更 ☐ 削除 ☐ 追加	勤務先機関の 医療機関	医療機関名	
		所在地	
		電話番号	
		担当する 診療科	
☐ 追加	専門医の 資格の取得	専門医の名称	
		有効期間	
		認定機関	
☐ 追加	他実施主体が実施 する小児慢性特定 疾病指定医研修の 受講（※）	研修実施主体	
		研修終了 年月日	

※児童福祉法施行規則第七条の十第一項第二号に規定する研修

上記で変更のあった箇所について証明できる書類を添付してください。