

## 小児慢性特定疾病指定医指定更新申請書

年 月 日

北海道知事 様

指定医番号

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、下記のとおり申請します。

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"/>	指定医氏名		
	<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"/>	主たる勤務先の 医療機関	医療機関名	
	所在地		〒	
	電話番号			
	担当する 診療科			

添付書類

1. 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)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

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	