小児慢性特定疾病指定医　変更届出書

令和　　年　　月　　日

（あて先） 宇都宮市長

指定医番号

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，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	□	氏　　名		
	□	連 絡 先	〒 （電話番号　　）	
	□	医籍登録番号		
	□	医籍登録年月日	昭 和 平 成 令 和　　年　　月　　日	
	□	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	

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）

〇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医療機関に変更があれば記載してください。（※　宇都宮市に所在する医療機関に限る。）

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	