小児慢性特定疾病指定医　更新申請書

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。

<table>
<tr><td rowspan="6">変更のある事項にチェックし，変更後の内容を記載</td><td>☐</td><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>☐</td><td>連 絡 先</td><td colspan="2">〒</td></tr>
<tr><td>☐</td><td>医籍登録番号</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>☐</td><td>医籍登録年月日</td><td colspan="2">昭 和
平 成
令 和　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">☐</td><td rowspan="4">主たる勤務先の
医 療 機 関</td><td>医療機関名</td><td></td></tr>
<tr><td>所 在 地</td><td>〒</td></tr>
<tr><td>電 話 番 号</td><td></td></tr>
<tr><td>担 当 す る
診 療 科</td><td></td></tr>
</table>

（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	