様式２

小児慢性特定疾病指定医 変更届

年　　月　　日

北九州市長　殿

指定医氏名

指定医番号（　　　　　　　　　　）

　　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、下記のとおり変更したので、児童福祉法施行規則第７条の１４の規定に基づき届け出ます。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | 変更前 | 変更後 |
| 指定医氏名 | |  |  |
| 居住地 | | 〒 | 〒 |
| 電話番号 | |  |  |
| 主たる勤務先の医療機関 | 医療機関名称 |  |  |
| 所在地 |  |  |
| 電話番号 |  |  |
| 担当する  診療科 |  |  |
| 変更年月日 | | 年　　　月　　　日 | |

○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があれば記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| ２ | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| ３ | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| ４ | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| ５ | 名　称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科名 |  |