

(様式第5号)

小児慢性特定疾病指定医 変更届

年 月 日

神戸市長 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 | <input type="checkbox"/> | 氏 名 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 連 絡 先 (住所・電話番号) | 〒 _____ _____ ☎ | | |
| | <input type="checkbox"/> | 医籍登録番号 | | 医籍登録年月日 | 年 月 日 |
| | <input type="checkbox"/> | 主たる勤務先の 医療機関 (神戸市内) | 医療機関名 | | |
| | | | 所 在 地 | 〒 _____ | |
| 電 話 番 号 | | | | | |
| 担 当 す る 診 療 科 | | | | | |
| 上記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です。
2. 勤務先の医療機関の変更については、主たる勤務先に加え、裏面のその他の勤務先についても変更があれば記載が必要です。
3. 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ください。
4. 神戸市内の医療機関において医療意見書を記載されない場合は、辞退届が必要となります。

(裏面に続く)

(様式第5号)

○ 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 | |