

第1号様式の9(第1条の9関係)

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

久留米市長 宛て

指定医番号

医 師 氏 名

指定医の指定に係る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の規定により届け出ます。

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	☐	指定医氏名	(旧氏名) (生年月日)		
	☐	居 住 地	〒		
	☐	連 絡 先			
	☐	主 勤 医 た 務 先 療 機 関 る の 関	医 療 機 関 名		
			所 在 地	〒	
			電 話 番 号		
			担 当 す る 診 療 科		
☐	医 籍 登 録 番 号		☐	登 録 年 月 日	
変更年月日		年 月 日			

備考

- 1 変更のない事項については記載不要。
- 2 氏名、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)

○ 表面の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のある追加の医療機関があれば記載してください。

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	