第１号様式の２の１６（第１条の１２関係）

（表面）

年　　月　　日

　品川区長　あて

指定医氏名

指定医番号

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

　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 | |  |  |
| 居住地および連絡先 | |  |  |
| 医籍登録番号 | |  |  |
| 医籍登録年月日 | |  |  |
| 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  診療科名 |  |  |
| 変更年月日 | | 年　　月　　日 | |

※　変更があつた事項について内容を記入してください。変更のない事項については

記入不要です。

添付書類

１　小児慢性特定疾病指定医指定書の写し

２　医師免許証の写し（医籍登録番号および医籍登録年月日に変更がある場合）

（裏面）

　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（申請先となる品川区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 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| ５ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科名 |  |