様式６号

小児慢性特定疾病指定医　更新申請書

年　　月　　日

　長野県知事　殿

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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載 | □ | 氏名 |  |
| □ | 連絡先 | 〒（電話番号　　　　　　　　　　　） |
| □ | 医籍登録番号 |  |
| □ | 医籍登録年月日 | 　　　　　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 |  |
| □ | 専門医資格 |  |
| 変更事項なし | □ |

※添付書類

【必　　　須】小児慢性特定疾病指定医　指定通知書の写し

【該当者のみ】専門医資格を証する書類の写し

　　　　　　　（研修受講による指定医であって、指定期間内に専門医資格を取得した場合）

（裏面に続く）

（裏面）

○　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 |  |