**小 児 慢 性 特 定 疾 病 指 定 医 更 新 申 請 書**

　年　　　月　　　日

青森市長　様

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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 |  | |
| 住所・電話番号 | 〒  （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 |  |

添付書類

　１　小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

（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に変更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 |  |