様式第６号

小児慢性特定疾病指定医　指定更新申請書

　　　　　 年　　　月　　　日

愛媛県知事　様

指定医番号 《指定番号》

指定医氏名　《指定氏名》

児童福祉法第１９条の３第１項に規定する医師の指定について、更新したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 登録内容 ※内容に変更があれば、該当項目にレ印を記載し二重線で抹消し修正してください｡ | | | |
| ふりがな  氏　　名 | | □ | «ふりがな»  «氏名»  ※氏名の変更は、当該変更を証明する書類（戸籍抄本等の写し）を添付 |
| 主たる勤務先 | 医療機関 | □ | «勤務先名称» |
| 所在地 | □ | 〒«郵便番号»  «所在地» |
| 電話番号 | □ | «勤務先電話» |
| 担当する診療科 | □ | «担当する診療科名» |
| 連絡先 | | □ | 〒«〒Dr»  «医師住所» |
| 医籍登録番号 | | □ | «医籍登録番号»  ※医籍の登録番号及び登録年月日に変更は、医師免許証の写しを添付 |

※松山市以外の愛媛県内に所在する医療機関について申請してください。