様式第６号

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

　　年　　月　　日

愛媛県知事　　　　　様

指定医番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 直近の指定申請から変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載 | 医師の氏名 |  |  |
| 医師の連絡先 |  | 〒（電話番号） |
| 医籍の登録番号 |  |  |
| 医籍の登録年月日 |  |  |
| 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 |  |

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。

|  |
| --- |
| 注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。２　直近の指定の申請（変更届出含む）から変更がある事項の□の中にレ印をつけること。変更のない事項については記載不要。３　小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写しを添付すること。４　勤務先医療機関は、小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある主たる医療機関（愛媛県（松山市を除く。）に所在するものに限る。）の変更について記載すること。５　医籍の登録番号及び登録年月日の変更は、医師免許証の写しを添付（裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと）。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  |

　６　氏名が変更された場合は、当該変更を証明する書類（戸籍抄本等の写し）を添付すること。

（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 |  |
| 追加・変更年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 追加・変更年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 追加・変更年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 追加・変更年月日 | 年　　　　月　　　　日 |