

(様式4号)

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

千葉県知事 様

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医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。

申請日： 年 月 日

フリガナ						電話番号				
氏名 (※1)	Ⓜ									
住所	〒 -									
生年月日	年 月 日			年齢	歳	性別	男・女			
医籍登録 番号	第 号			医籍登録 年月日	年 月 日					
指定医番号	1	2					指定 有効期間	年 月 日		
勤務先の 医療機関 (※2)	名称									
	所在地									
	電話番号									
	担当する 診療科名									
上記以外で意見書 を作成する可能性 のある医療機関 (※3)	名称						電話番号			
	所在地						担当する 診療科名			
	名称						電話番号			
	所在地						担当する 診療科名			
	名称						電話番号			
	所在地						担当する 診療科名			

【(※) 記載上の留意事項】

- ※1 氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。
- ※2 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(診断書)を作成する可能性のある医療機関(千葉市・船橋市・柏市を除く千葉県内の医療機関に限る)について記載してください。
- ※3 (※2)の医療機関以外に、医療意見書(診断書)を作成する可能性のある医療機関(千葉市・船橋市・柏市を除く千葉県内の医療機関に限る)があれば記載してください。