

(様式3号)

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

申請日： 年 月 日

千葉県知事様

指定医番号

指定医氏名

印

児童福祉法第19条の3第2項に規定する指定医の指定について、以下の事項について変更があったため、児童福祉法施行規則第7条の14に基づき届け出ます。

<input type="checkbox"/> 変更	フリガナ		
	指定医氏名		
<input type="checkbox"/> 変更	住所(連絡先)	〒 (電話番号)	
<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	勤務先の関係 ※1	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	勤務先の関係 ※1	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	

※ 当該手続きにおいて、指定医番号の変更は伴いません。

※1 勤務先の所在地が、他県及び千葉市・船橋市・柏市となる場合この様式で手続きは出来ません。
千葉県・千葉市・船橋市・柏市ごとに指定医の番号の取得が必要となりますので、窓口へお問い合わせ下さい。

小児慢性特定疾病指定医指定通知書原本を添付の上、医療機関の所在地を管轄する健康福祉センター（保健所）にご提出ください。