

(様式2号)

【記載例】

主たる勤務先の変更と
指定医自身の連絡先の変
更

定疾病指定医変更届出書

申請日：平成29年〇〇月〇〇日

千葉県知事様

指定医番号 1201000000

指定医氏名 千葉 太郎



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 checked="" type="checkbox"/> 変更 | 住所(連絡先) | 〒111-1111 浦安市〇〇〇1-2-1 (電話番号 123-456-1111) | | |
| <input type="checkbox"/> 変更 <input checked="" type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加 | 勤務先の関係 ※1 | 医療機関名 | 〇〇総合病院 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 以前の主たる </div> |
| | | 所在地 | 〒123-4567 鎌ヶ谷市〇〇1-2-3 | |
| | | 電話番号 | 987-654-3219 | |
| | | 担当する診療科 | 脳神経外科 | |
| <input checked="" 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 | 〇〇大学附属〇〇病院 | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 主たる変更後の </div> |
| | | 所在地 | 〒765-4321 浦安市〇〇〇-1 | |
| | | 電話番号 | 111-111-1111 | |
| | | 担当する診療科 | 神経科 | |

※ 当該手続きにおいて、指
 ※1 勤務先の所在地が、他
 ません。
 千葉県・千葉市・船橋
 へお問い合わせ下さい。

変更後の主たる勤務先の医療機関の所在地を管轄
 する健康福祉センター(保健所)へ提出する。
 この申請書の場合は『浦安市』を管轄する市川健康
 福祉センターへ提出することとなる。

出来
窓口

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。