

小 児 慢 性 特 定 疾 病 指 定 医 更 新 申 請 書

年 月 日

京 都 市 長 様

指定医番号

氏 名

児童福祉法第 1 9 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 1 2 の規定に基づき申請します。

氏 名		
連 絡 先	〒	
医籍登録番号		
医籍登録年月日	年 月 日	
主 たる 勤務先 医療機関	医療機関名	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担 当 す る 診 療 科	

添付書類

1. 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(裏面に続く)

(裏面)

○表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。（本市に所在する医療機関に限る。）

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	