

(表面)
小児慢性特定疾病指定医更新申請書

年 月 日

(宛先) 和歌山市長

氏 名 _____ ⑩

指定医番号 _____

児童福祉法第19条の3第1項に規定する小児慢性特定疾病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の規定により、次のとおり申請します。

*全ての項目についてご記入ください。また今回変更がある項目にはチェックをつけてください。

<input type="checkbox"/>	フリガナ		
	氏 名		
	生年月日		
<input type="checkbox"/>	居住地	〒	
<input type="checkbox"/>	電話番号		
<input type="checkbox"/>	医 籍	登録番号	
		登録年月日	
<input type="checkbox"/>	診断書の作成を行おうとする医療機関(主たるもの)	名 称	
		所在地	〒 和歌山市
		電話番号	
		担当する診療科目	
備考			

※医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証(写)を添付。

裏面に続く

(裏面)

表面に記載の医療機関以外の和歌山市内の医療機関で診断書を作成する可能性のある場合は、下記にも記載してください。

1	名 称	
	所 在 地	〒 和歌山市
	電話番号	
2	名 称	
	所 在 地	〒 和歌山市
	電話番号	
3	名 称	
	所 在 地	〒 和歌山市
	電話番号	
4	名 称	
	所在地	〒 和歌山市
	電話番号	
5	名 称	
	所在地	〒 和歌山市
	電話番号	
6	名 称	
	所在地	〒 和歌山市
	電話番号	