第４号の２の１５様式（第２号の２の１３関係）

小児慢性特定疾病指定医変更届

年　　月　　日

杉並保健所長　宛

指定医番号

氏　　名

児童福祉法第１９条の３第１項に規定する指定医の指定について、下記の事項に変更があつたため、児童福祉法施行規則第７条の１４の規定により届け出ます。

変更のある事項の□にチェックし、変更後の内容を記載	□	氏　　名		
	□	連絡先	〒 （電話番号　　）	
	□	医籍登録番号		
	□	医籍登録年月日	年　　月　　日	
	□	主たる勤務先の医療機関	医療機関名	
			所在地	〒
			電話番号	
			担当する診療科	

上記の変更のあった年月日　　年　　月　　日

備考

１　変更のない事項については、記載不要です。

２　医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付してください。

３　届出の際には、小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写しを添付してください。

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に変更があれば記載してください（申請先となる杉並区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	