

(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

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の規定により届け出ます。

<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	主たる勤務先の 医療機関 ※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	主たる勤務先の 医療機関以外で 意見書を作成す ることのある医療 機関	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 主たる勤務先の所在地が、他県並びに千葉市、船橋市及び柏市となる場合この様式で手続きは出来ません。

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。