

## 小児慢性特定疾病指定医更新申請書

年 月 日

江戸川区長 殿

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 の規定に基づき届け出ます。

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			

添付書類 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(裏面)

主たる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。

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	