

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

日付、指定医番号、氏名をご記入の上、押印してください。

令和〇年 〇月 〇日

江戸川区長 殿

指定医番号 130〇〇〇〇〇〇〇〇

氏 名 江戸川 太郎

印

変更がある場合のみご記入ください。変更のある事項の にチェックし、変更後の内容を記入してください。

て更新したいので、児童福祉

| | | | | |
|---------------------------|-------------|---------------|---|--|
| 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

小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写しを同封してください。

(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に変更があれば記載してください(申請先となる江戸川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 | |
| <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;">主たる勤務先の医療機関以外に医療意見書を作成する医療機関がある場合(江戸川区内に所在する医療機関に限る)は必ずご記入ください。</div> | | |
| 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 | |