

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

(宛先) 板橋区長

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の規定に基づき申請します。

		年 月 日	
指定医番号			
氏 名			
住 所	〒	電 話	
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 (小児慢性特定疾病 医療費の支給認定申 請に必要な医療意見 書を作成する可能性 のある主たる医療機 関を記載してくださ い)	名 称		
	所 在 地	〒	
	電 話 番 号		
	担当する診療科名		
	ここに記入した以外にも勤務をすることのある医療機関があれば、裏面に記載してください。		

添付書類

1. 小児慢性特定疾病指定医指定書の写し
添付できない場合はその理由

記入上の注意事項

1. 氏名については記名押印又は自筆による署名のいずれかをお願いします。

主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

(小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書を作成する可能性のある医療機関を記載してください)

1	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
2	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
3	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
4	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
5	名 称	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	