

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

令和 年 月 日

兵庫県知事 様

指定医氏名

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師の指定について、更新したいので、下記のとおり申請します。

1 登録内容				
ふりがな 氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
指定医番号 (10桁)		現在の指定区分 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 小慢指定医(専門医資格による) <input type="checkbox"/> 小慢指定医(研修受講による)	
現在の有効期間の終期	令和 年 月 日			
医籍登録番号		医籍登録年月日		
変更のない項目も含めて、全ての項目についてご記入ください。 なお、今回変更のある項目にはチェックをつけてください。	変更年月日(※以下の項目で、変更がある場合のみ)		令和 年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	ふりがな 氏名		
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機	医療機関名	
	<input type="checkbox"/>		所在地	〒
	<input type="checkbox"/>		電話番号	
	<input type="checkbox"/>		担当する 診療科	
	<input type="checkbox"/>	連絡先 (自宅・その他)	〒	
	<input type="checkbox"/>	医籍番号等	※医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合のみ、医師免許証の写しを添付	
2 指定医要件 (※研修受講による指定医のみ記載：以下のいずれかにチェックしてください。)				
研修受講による指定医のみ記載	<input type="checkbox"/>	「研修受講による指定医」として、更新申請します。		
	<input type="checkbox"/>	「専門医資格を有する指定医」へ変更のうえ、更新申請します。 (※以下に記入のうえ、「専門医に認定されていることを証明する書類の写し(更新申請日時時点で有効期間内であるもの)」を添付してください。)		
	専門医 資格	専門医資格の名称(有効期限)		専門医の認定機関
		名称: (年 月 日まで)		
	名称: (年 月 日まで)			

兵庫県内に所在する医療機関(神戸市、姫路市、尼崎市、西宮市、明石市内に所在するものを除く)について申請してください。