

小児慢性特定疾病指定医変更届

年 月 日

八王子市長 殿

指定医氏名 印

指定医番号（ ）

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、下記のとおり変更したので、児童福祉法施行規則第7条の14の規定に基づき届け出ます。

記

		変更前	変更後
指定医氏名			
居住地及び連絡先			
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		
変更年月日		年 月 日	