

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

年 月 日

八王子市長 殿

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、同法施行規則第7条の12の規定に基づき申請します。

氏名	⑩		性別	男・女	生年月日	年 月 日
現住所	〒			電話番号	( )	
指定医番号	/					
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	年 月 日		
主たる勤務先の医療機関	名称					
	所在地	〒				
	電話番号					
	担当する診療科名					
	※上記以外にも都内に勤務先があり、その勤務先でも医療意見書を作成する場合には、裏面に当該勤務先を記載してください。					

（注）記載上の留意事項

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。
2. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しの添付をお願いします。

(裏)

○表面の記載以外の勤務先医療機関（医療意見書を作成する場合に限る。）

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	