|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 小児慢性特定疾病指定医変更届出書  年　　月　　日  　　　神奈川県知事殿  届出者　指定医番号  指定医の氏名  　　児童福祉法施行規則第７条の14の規定により、次のとおり届け出ます。 | | | | |
| 変更事項（変更があった事項のみ記入してください。） | | | | 変更年月日 |
| （フリガナ） 氏名 | | |  | 年　　月　　日 |
| 居住地 | | | 〒 | 年　　月　　日 |
| 電話番号 | | |  | 年　　月　　日 |
| 医籍の登録番号 | | | 第　　　　　号 | 年　　月　　日 |
| 医籍の登録年月日 | | | 年　　月　　日 | 年　　月　　日 |
| 診断書の作成を行おうとする医療機関 | 主たる勤務先 | 名称 |  | 年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒 | 年　　月　　日 |
| 担当する 診療科名 |  | 年　　月　　日 |
| 主たる勤務先以外の勤務先 | 名称 |  | 年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒 | 年　　月　　日 |
| 担当する 診療科名 |  | 年　　月　　日 |
| 備考　１　「主たる勤務先」の欄は、県の区域（横浜市、川崎市、相模原市及び横須賀市の区域を除く。）内の医療機関を記入してください。  　　　２「主たる勤務先以外の勤務先」の欄について、記入欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付してください。 | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 添付資料 | 「小児慢性特定疾病指定医指定通知書」の写しを添付すること。 |