

(様式3号)

# 小児慢性特定疾病指定医変更届出書

申請日: 年 月 日

千葉県知事様

指定医番号 1201234567

指定医氏名 千葉 太郎

児童福祉法第19条の3第2項に規定する指定医の指定について、以下の事項について変更があったため、児童福祉法施行規則第7条の14の規定により届け出ます。

<input type="checkbox"/> 変更	フリガナ		
	指定医氏名		
<input checked="" type="checkbox"/> 変更	住所(連絡先)	〒111-1111 千葉県〇〇市〇〇1-1 (電話番号 000-000-0000 )	
<input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	主たる勤務先の 医療機関 ※1	医療機関名	医療法人〇〇会 〇〇総合病院
		所在地	〒123-4567 浦安市〇〇1-2-1
		電話番号	012-345-6789
		担当する 診療科	脳神経外科
<input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 削除 <input type="checkbox"/> 追加	主たる勤務先の 医療機関以外 意見書を作成 することのある医 機関	変更後の主たる勤務先の医療機関の所在地を管轄する健康福祉センター(保健所)へ提出する。 この申請書の場合は『浦安市』を管轄する市川健康福祉センターへ提出することとなる。	

※ 当該手続きにおいて、指定医番号の変更は伴いません。

※1 主たる勤務先の所在地が、他県並びに千葉市、船橋市及び柏市となる場合この様式で手続きは出来ません。

小児慢性特定疾病指定医指定通知書原本を添付の上、医療機関の所在地を管轄する健康福祉センター(保健所)にご提出ください。