

第1号様式の6（第2条の3関係）

（表面）

年 月 日

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

（あて先）長崎市長

指定医番号

氏 名



児童福祉法施行規則第7条の12の規定により、小児慢性特定疾病指定医の指定の更新を受けたいので、次のとおり申請します。

変更のあった事項		変更の内容
1	指定医の氏名	(変更前) (変更後)
2	指定医の居住地	
3	指定医の電話番号	
4	医籍登録番号	
5	医籍登録年月日	
6	主たる勤務先の医療機関名	
7	主たる勤務先の所在地	
8	主たる勤務先の電話番号	
9	主たる勤務先の担当する診療科名	

備考

- 1 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写しを添付してください。
- 2 記名押印に代えて署名することができます。
- 3 該当項目番号に○を付してください。
- 4 上記の勤務先以外の医療機関（本市に所在する医療機関に限る。）に勤務し、医療意見書を作成する可能性のある場合は、裏面に記載してください。

(裏面)

1	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
2	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
3	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
4	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	
5	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	電 話 番 号	
	担当する診療科名	