

小児慢性特定疾病指定医変更届

年 月 日

大分市長 殿
〒
住 所

ふりがな
指定医 氏 名

電話番号

指定医番号

指定を受けた内容について、次のとおり変更があったので届け出ます。

変更のあった年月日		年 月 日		
変更のあった事項	<input type="checkbox"/>	ふりがな 指定医氏名		
	<input type="checkbox"/>	住 所	〒	
			電 話 番 号	
	<input type="checkbox"/>	主 たる 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	

※小児慢性特定疾病の支給認定申請に必要な診断書(医療意見書)を作成する可能性のある主たる医療機関について記載してください。従たる勤務先の医療機関の変更は裏面に記載してください。

(備考)

1. 変更のあった事項をチェックし、変更内容を記載してください。
2. 変更のない事項については記載不要です。
3. 変更のあった日から10日以内に届け出てください。

(裏面に続く)

(裏面)

○表面の勤務先以外に勤務し、診断書（医療意見書）を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

従 勤 医 療 機 関 1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
従 勤 医 療 機 関 2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
従 勤 医 療 機 関 3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
従 勤 医 療 機 関 4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	
従 勤 医 療 機 関 5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科	