様式第１号の２の５（第１条の３関係）

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 | □ | ふりがな  指定医氏名 |  | |
| □ | 住所 | 〒 | |
| 電話番号 |  |
| □ | 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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従たる  勤務先の  医療機関  １ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する  診療科 |  |
| 従たる  勤務先の  医療機関  ２ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する  診療科 |  |
| 従たる  勤務先の  医療機関  ３ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する  診療科 |  |
| 従たる  勤務先の  医療機関  ４ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する  診療科 |  |
| 従たる  勤務先の  医療機関  ５ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する  診療科 |  |