**小児慢性特定疾病指定医変更届**

様式３号

年　　月　　日

富山県知事　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　　名

児童福祉法第19条の３第１項の規定によ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に基づき届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載 | □ | 氏名 |  | |
| □ | 連絡先 | 〒  （電話番号　　　　　　　　　　　　　） | |
| □ | 医籍登録番号 | 第　　　　　　　　号 | |
| □ | 医籍登録  年 月 日 | 年　　　　月　　　　日 | |
|  | 勤務先の  医療機関 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| □  □  □ | 変　更  追　加  削　除 | 電話番号 |  |
| 担当する  診　療　科 |  |
| 変更年月日 | | | 年　　　　月　　　　日 | |

（備考）

１　変更のない事項については記載不要。

２　医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

３　指定医として指定を受けている医療機関で従事しない場合は、辞退届が必要。