**小児慢性特定疾病指定医　更新申請書**

様式４号

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項に規定する指定医の指定について更新したいので、児童福祉

法施行規則第７条の12の規定に基づき申請します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請日　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更がある事項にチェックし、変更後の内容を記載 | □ | 氏　 名 |  | |
| □  □ | 現　住　所 | 〒　　－ | |
| □ | 電 話 番 号 |  | |
| □ | 医籍登録番号 | 第　　　　　　号 | |
| □ | 医籍登録年月日 | 年　　月　　日 | |
| □ | 主たる  勤務先の  医療機関 | 名 称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する  診 療 科 |  |
| □ | 医療意見書を  作成する可能  性のある医療  機関 | 名 称 |  |
| 所 在 地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する  診 療 科 |  |

【添付書類】　小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し