

小児慢性特定疾病指定医指定変更届出書

年 月 日

滋賀県知事

指定医師氏名

児童福祉法第 19 条の 3 第 1 項に規定する指定医の指定を受けた内容を次のとおり変更したので、児童福祉法施行規則第 7 条の 14 の規定に基づき届け出ます。

	旧	新
ふりがな 氏 名		
居住地	〒	〒
連絡先（電話番号）		
主として小児慢性特定 疾病の診断を行う医療 機関名		
主として小児慢性特定 疾病の診断を行う医療 機関の所在地	〒 TEL — —	〒 TEL — —
診療科名		
変更理由		
変更年月日		

注 1 医療意見書を作成する可能性のある医療機関が上記以外にあれば、裏面に記載ください。

2 変更があった項目について、その内容、理由および変更年月日を記入してください。

3 変更内容が分かる書類を添付してください。

1	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	名称	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	