

様式第33（その3）（第24条関係）

小児慢性特定疾病指定医変更届出書

年 月 日

鹿児島市長 殿

指定医番号

氏 名

印

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、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	<input type="checkbox"/>	氏 名		
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号	(電話番号)	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年	月 日
	<input type="checkbox"/>	主 勤 医 務 先 療 機 関 的 関	医療機関名	
	所 在 地		〒	
	電 話 番 号			
	担当する診療科			

上記の変更のあった年月日 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
(裏面に続く)

(裏面)

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

○所在地が鹿児島市内の医療機関のみ記載してください。

○所在地が鹿児島市外若しくは鹿児島県外の場合は、申請先が異なりますので、ご注意ください。

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	