（表面）

小児慢性特定疾病指定医指定更新申請書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定を受けようとする者 | ふりがな |  | | | 生年月日 |
| 氏名 |  | | | 年　　月　　日 |
| 居住地 |  | | 電 話  番 号 |  |
| 医籍の状況 | 登録番号 | 第　　　　　　　　　号 | | |
| 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 |  | | |
| （宛先）旭川市長  　　　　年　　　月　　　日  　児童福祉法第１９条の３第１項に規定する指定医の指定の更新を受けたいので，児童福祉法施行規則第７条の１２の規定により申請します。  　　　指定医番号  　　　氏　　　名 | | | | | |

（注）　「主たる勤務先の医療機関」欄は，小児慢性特定疾病医療費の支給認定に必要な診断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。複数ある場合は，裏面に記載してください。

（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ２ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ３ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ４ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ５ | 医療機関の名称 |  |
| 所在地 |  |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |