小児慢性特定疾病指定医変更届出書

　　　年　　　月　　　日

（宛先）旭川市長

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，指定を受けた内容に変更があったので，児童福祉法施行規則第７条の１４により，次のとおり届け出ます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 変　　更　　内　　容 | 変更年月日 | 　　 年　　 月　　 日 |
| 変更事項 | 変　更　前 | 変　更　後 |
| 氏名 |  |  |
| 居住地 |  |  |
| 連絡先 |  |  |
| 医籍登録番号 |  |  |
| 医籍登録年月日 |  |  |
| 担当する診療科名 |  |  |
| 診断書の作成を行おうとする医療機関の名称及び所在地 |  |  |
| 備考 |  |