

様式第4号

小児慢性特定疾病指定変更届出書

宮城県知事 殿

児童福祉法第19条の3第1項に規定する医師の指定について、次のとおり申請事項の変更があったため届け出ます。

(届出日) 令和〇年〇月〇日

(届出者)

氏名 宮城 太郎

生年月日 昭和〇〇年〇月〇日

変更前の内容

氏名	宮城 太郎	電話番号	090-0000-0000
		メールアドレス	〇〇〇@×××
現住所	〒×××-×××× 宮城県〇〇市××1-1-1		
医籍登録番号	第 000000 号	医籍登録年月日	平成〇〇年〇月〇日
指定医番号	00000000		
宮城県内の (仙台市を除く) 主たる勤務先 の医療機関	名称	〇〇病院	
	所在地	〒〇〇〇-×××× 宮城県××市〇〇1-2-3	
	電話番号	022-000-0000	
	担当する診療科名	内科, 小児科	

変更後の内容 (変更のあった事項のみ記載してください。)

変更事由発生日	令和〇〇年〇月〇日				
氏名※		電話番号			
現住所	〒 -	宮城県内(仙台市を除く。)の医療機関に限ります。 宮城県外又は仙台市の医療機関に異動される方は、 異動先の都道府県等において改めて指定を受け、宮 城県における指定は御辞退いただく必要があります。			
医籍登録番号	第			登録年月日	日
宮城県内の (仙台市を除く) 主たる勤務先 の医療機関	名称			××病院	
	所在地			〒〇〇〇-〇〇〇〇 宮城県〇〇市××1-2-3	
	電話番号	022-111-1111			
	担当する診療科名	内科, 小児科			

※ 氏名を変更した場合は、当該変更の履歴を証明する書類(戸籍抄本等)を添付してください。