

様式第10号の6（第4条の3関係）

（表）

年 月 日

（宛先）高松市長

小児慢性特定疾病指定医更新申請書

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の更新を受けた
いので、次のとおり申請します。

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	(電話番号)	
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日	
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先 の医療機関	医療機関名	
	所在地			
	電話番号			
	担当する 診療科			

添付書類

小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し

(裏)

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	

注 表面の勤務先以外の医療機関に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関（市内に所在するものに限る。）に変更があれば記載してください。