様式第７号

小児慢性特定疾病指定医　更新申請書

令和　　　年　　　月　　　日

兵庫県知事　様

指定医氏名

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、更新したいので、下記のとおり申請します。

|  |
| --- |
| **１　登録内容** |
| ふりがな氏　　名 |  | 生年月日 | □ 昭和□ 平成　　　年 　　月 　　日 |
| 指定医番号（10桁） |  | 現在の指定区分（いずれかに☑） | □ 小慢指定医（専門医資格による）□ 小慢指定医（研修受講による） |
| 現在の有効期間の終期 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 医籍登録番号 |  | 医籍登録年月日 |  |
| 変更のない項目も含めて、全ての項目についてご記入ください。なお、今回変更のある項目にはチェックをつけてください。 | 変更年月日（※以下の項目で、変更がある場合のみ） | 令和　　　　年　　　　月　　　　日 |
| □ | ふりがな氏　　名 |  |
| □ | 主たる勤務先の医療機 | 医療機関名 |  |
| □ | 所在地 | 〒 |
| □ | 電話番号 |  |
| □ | 担当する診療科 |  |
| □ | 連絡先（自宅・その他） | 〒 |
| □ | 医籍番号等 | ※医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合のみ、医師免許証の写しを添付 |
| **２　指定医要件　（※研修受講による指定医のみ記載：以下のいずれかにチェックしてください。）** |
| 研修受講による指定医のみ記載 | □ | 「研修受講による指定医」として、更新申請します。 |
| □ | 「専門医資格を有する指定医」へ変更のうえ、更新申請します。（※以下に記入のうえ、「専門医に認定されていることを証明する書類の写し（更新申請日時点で有効期間内であるもの）」を添付してください。） |
| 専門医資格 | 専門医資格の名称（有効期限） | 専門医の認定機関 |
| 名称：（　　　　　年　　　月　　　日まで） |  |
| 名称：　（　　　　　年　　　月　　　日まで） |  |

兵庫県内に所在する医療機関（神戸市、姫路市、尼崎市、西宮市、明石市内に所在するものを除く）について申請してください。