第１１号様式

小児慢性特定疾病　指定医　変更届出書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

大分県知事　　　　　　　　殿

〒

住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　ふりがな

指定医　氏　　名

電話番号

指定医番号

指定を受けた内容について、下記のとおり変更があったので届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 変 更 が あ っ た 年 月 日 | 年　　月　　日 |
| 変更があった事項 | □ | ふりがな氏名 |  |
| □ | 住所 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| □ | 医籍登録番号 |  |
| □ | 医籍登録年月日 |  |
| □ | 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 |  |

※小児慢性特定疾病の支給認定申請に必要な診断書（医療意見書）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。従たる勤務先の医療機関の変更は裏面に記載してください

（備考）１．変更があった事項をチェックし、変更内容を記載してください。

　　　　２．変更のない事項については記載不要です。

３．変更があった日以降速やかに届け出てください。　　　　　　　　　（裏面に続く）

（裏面）

○表面の勤務先以外に勤務し、診断書（医療意見書）を作成する可能性のある医療機関の変更が

あれば記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 従たる勤務先の医療機関１ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 従たる勤務先の医療機関２ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 従たる勤務先の医療機関３ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 従たる勤務先の医療機関４ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| 従たる勤務先の医療機関５ | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |