第７号様式

小児慢性特定疾病指定医指定更新申請書

船橋市長　あて

　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更新したいので、児童福祉法施行規則第７条の１２の規定に基づき下記のとおり申請します。

申請日：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="2"></td><td>指定医
番号</td><td></td></tr>
<tr><td>住　　所</td><td colspan="2">〒　　－</td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>医籍登録
番　　号</td><td colspan="2">第　　号</td><td>医籍登録
年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td rowspan="4">主たる
勤務先の
医療機関
（※１）</td><td>名　称</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>電話番号</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>担当する
診療科名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">上記以外で意見書を作成する可能性のある医療機関
（※２）</td><td>名　称</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td><td>担当する診療科名</td><td></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td><td>担当する診療科名</td><td></td></tr>
<tr><td>名　称</td><td></td><td>電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td></td><td>担当する診療科名</td><td></td></tr>
</table>

（※）記入上の留意事項

※１　小児慢性特定疾病医療費の支給認定申請に必要な医療意見書（診断書）を作成する可能性のある主たる医療機関（船橋市内の医療機関に限る。）について記入してください。

※２　（※１）の医療機関以外に、医療意見書（診断書）を作成する可能性のある医療機関があれば記入してください。