

小児慢性特定疾病指定医 更新申請書

年 月 日

大阪府知事 様

指定医番号

医師氏名

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定について、児童福祉法施行規則第7条の12に基づき更新の申請をします。

変更のある事項に <input type="checkbox"/> し、変更後の内容を記載（変更の無い項目も全て記載必要）	<input type="checkbox"/>	氏名				
	<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"/>	指定区分	①又は②のいずれかを記載	①	専門医の名称	
				②	研修の名称	
<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関	医療機関名				
		医療機関番号				
		所在地	〒			
		電話番号				
		担当する診療科				

医療意見書オンライン登録（小児慢性DB）ID・パスワードの継続利用	<input type="checkbox"/> 希望する	医籍登録番号 _____ ※必ず記載してください。
-----------------------------------	-------------------------------	------------------------------

医療意見書オンライン登録（小児慢性DB）ID・パスワードの新規利用を希望される方は大阪府行政オンラインシステムより医療意見書オンライン登録（小児慢性DB）利用申請が必要です。詳しくは大阪府の小児慢性指定医ホームページをご確認ください。
 ※小児慢性指定医の認定通知書と小児慢性DB ID・パスワードの交付は別で行います。
 ※他自治体でID登録済の方は他自治体へID削除依頼を先に行ってください。削除されない場合、重複エラーとなり大阪府で登録ができません。

添付書類

1. 小児慢性特定疾病指定医指定通知書の写し
2. 上記が提出できない場合、専門医に認定されていることを証明する書面（お持ちの指定通知書の有効期限日より長い認定期間のある認定証）の写し又は指定医の研修修了を証明する書面の写し
3. 医籍登録番号等に変更がある場合は、医師免許証の写し。氏名に変更がある場合は、それを確認できる公簿（住民票・戸籍等）の写し