

様式第2号の3（第2条の5関係）（用紙 日本産業規格A4縦型）

指定医番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

指定医指定申請事項変更届出書

令和 年 月 日

静岡県知事 様

住所
氏名
電話番号

児童福祉法施行規則第7条の14の規定により、以下のとおり申請事項の変更があったので届け出ます。

<input type="checkbox"/>	指定医氏名		
<input type="checkbox"/>	指定医住所		
<input type="checkbox"/>	指定医生年月日		
<input type="checkbox"/>	連絡先		
<input type="checkbox"/>	医籍登録番号		
<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日		
<input type="checkbox"/>	勤務先の医療機関	医療機関の名称	
		所在地	(郵便番号 —)
		電話番号	
		担当する診療科名	

(注) 変更がある事項の□の中にレ点を付し、変更後の事項を記入してください。