

大大保第 号
年 月 日

様

大阪市長

小児慢性特定疾病指定医指定通知書

児童福祉法第 19 条の 3 第 1 項に規定する指定医として、年 月 日の申請に基づき指定しますので通知します。

指定医氏名	
指定医番号	
医療意見書を作成する主たる勤務先の医療機関名	
担当する診療科名	
医療機関の所在地	
指定有効期間	

(備考)

- 1 指定有効期間の終期までに更新申請が必要となります。
- 2 上記の記載事項に変更があった場合は、変更の届出が必要となります。