

指定医変更届出書

高知県知事 様

指定医番号

医師氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり申請事項の変更があったため届け出ます。

変更年月日		年 月 日	
変更がある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名	
	<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	年 月 日
	<input type="checkbox"/>	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		

(備考)

- 1 変更のない事項については記載不要。
- 2 医籍の氏名等に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付してください。

(様式第4号別紙)

○主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	