様式第４号

番　　　　　号

年　　月　　日

**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 |  | 指定医氏名 |  | |
|  | 連絡先 | 〒 | |
|  | 医籍登録  番　　号 |  | |
|  | 医籍登録  年月日 | 年　　 月 　　日 | |
|  | 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）

**〇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 |  |