様式第５号

番　　　　　号

年　　月　　日

**指定医更新申請書**

　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更新したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請区分 | 難病指定医　　　・　　　協力難病指定医 |
| ①又は②のいずれかを記載 | ① | 専門医の資格の名称 |  | 専門医の認定機関 |  |
| ② | 研修の名称 |  | 研修修了日 | 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 |  |

添付書類

１　難病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し）又は難病

指定医の研修修了を証明する書類（写し）

 ２　協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し）

 ３　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。