

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 | | |
|-------------------------|--------------------------|-------------|-------|----------|-------|--|
| 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 | <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 | | | | | | |

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。