

指定医変更届

年 月 日

岐阜県知事 様

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、申請内容に変更があったため、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第19条の規定により下記のとおり届け出ます。

届出者	指定医番号	2	1																
	氏名																		
	連絡先電話番号	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅    (該当するものに「レ」を記載してください。)																	
変更年月日		年 月 日																	
変更のあった事項に○印を付け、変更後の内容を記載してください。	○印	事項	変更後の内容																
		フリガナ																	
		指定医氏名	(旧氏名 )																
		住所	〒 -																
		電話番号																	
		メールアドレス																	
		医籍登録番号	第 号																
		医籍登録年月日	年 月 日																
	主として指定難病の診断を行う医療機関	医療機関コード	2	1	1														
		名称																	
		所在地	〒 -																
		電話番号																	
		担当する診療科名																	

- 備考 1 変更のない事項は、記載不要です。  
 2 氏名に変更があった場合は、当該変更を証明する書類を添付してください。  
 3 医籍の登録番号及び登録年月日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。