

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。