

難病指定医・協力難病指定医  
小児慢性特定疾病指定医

更新申請書

年 月 日

島根県知事 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  
・児童福祉法第19条の3第1項  
に規定する指定医の指定について  
更新したいので、以下のとおり申請します。

申請区分 (該当に○)		難病指定医 ・ 協力難病指定医 ・ 小児慢性特定疾病指定医						
① れ又 かは を② 記の 載い ず	①	専門医の 名 称		専門医の 認定機関 (学会)		専門医の 有効期間	年 月 日迄	
	②	研 修 の 名 称	(難病)		研 修 了 日	年 月 日		
			(小児慢性)		研 修 了 日	年 月 日		
変 更 の 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	〒 (電話番号 )					
	<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	難 病 指 定 医	医 療 機 関 名				
				所 在 地	〒			
				電 話 番 号				
				担 当 す る 診 療 科				
<input type="checkbox"/>	主 たる 勤 務 先 の 医 療 機 関	小 児 慢 性 特 定 疾 病 指 定 医	医 療 機 関 名					
			所 在 地	〒				
			電 話 番 号					
			担 当 す る 診 療 科					

添付書類

1. 難病指定医または小児慢性特定疾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の写しまたは指定医の研修修了を証明する書類の写し
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の写し
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

(裏面に続く)

- 主たる勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☑を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	