

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領	島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領
<p>第1～第11【略】</p> <p>附 則</p> <p><u>1 この要領は、令和8年4月1日から施行する。</u></p> <p>様式第1・2号【略】</p>	<p>第1～第11【略】</p> <p>附 則</p> <p>様式第1・2号【略】</p>

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第3号 (表面)

様式第3号 難病指定医・協力難病指定医 変更届出書
小児慢性特定疾病指定医

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、
以下の事項について変更があったため届け出ます。

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		
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
	<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病指定医	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	

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要。
2. 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。
3. 氏名変更の場合は、氏名がわかる書類（運転免許証、マイナンバーカード、医師免許証の写し及び）を添付。

(裏面に続く)

様式第4・5号【略】

様式第3号 (表面)

様式第3号 難病指定医・協力難病指定医 変更届出書
小児慢性特定疾病指定医

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、
以下の事項について変更があったため届け出ます。

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		
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
	<input type="checkbox"/>	小児慢性特定疾病指定医	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	

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要。
2. 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。

(裏面に続く)

様式第4・5号【略】