

難病指定医・協力難病指定医  
小児慢性特定疾病指定医

変更届出書

年 月 日

島根県知事 様

指定医番号

医師氏名

印

(記名押印又は自筆による署名)

- ・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・ に規定する指定医の指定について、
  - ・ 児童福祉法第19条の3第1項
- 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"/>	勤務先機関の 医療機関	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)

○ 表面の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に追加又は変更があれば記載してください。

1	医療機関名			
	所在地	〒		
	電話番号		担当する 診療科	
2	医療機関名			
	所在地	〒		
	電話番号		担当する 診療科	
3	医療機関名			
	所在地	〒		
	電話番号		担当する 診療科	
4	医療機関名			
	所在地	〒		
	電話番号		担当する 診療科	
5	医療機関名			
	所在地	〒		
	電話番号		担当する 診療科	