

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

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

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					
ず① れ又は かは を② 記の 載い	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			研 修 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	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

○ 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	