

記載例

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

平成29年〇〇月××日

島根県知事 様

指定医番号 32S0300888
3201110000

医師氏名 島根花子 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					
記載 ①又は ②をの	①	専門医の 名称	総合内科専門医	専門医の 認定機関 (学会)	日本内科学会	専門医の有効期間	平成33年3月31日迄
	②	研修の 名称			研修了日	平成	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 checked="" type="checkbox"/>	指定医氏名	島根花子 (旧姓：松江)				
	<input checked="" type="checkbox"/>	連絡先	〒694-XXXX 大田市〇〇町5678番地 (電話番号 0854-84-9999)				
	<input type="checkbox"/>	医籍 登録番号					
	<input type="checkbox"/>	医籍 登録年月日	昭和 平成	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	