

# 指定医指定変更届出書

\* 事務局使用欄 \*

( S ・ T ・ C )

--	--	--	--

佐賀県知事 様

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり申請事項の変更があったため届け出ます。

届出日 年 月 日

指定医氏名	※太枠内はすべて記入してください									
指定医番号	4	1								
医療機関 (変更後の指定書の送付先)	〒 (医療機関名 ) (電話番号 )									

変更内容記入欄(該当箇所のみ記入)

変更が生じた日 年 月 日

変更する項目にチェック		変更前	変更後
氏名	<input type="checkbox"/>		
医籍	医籍登録番号 <input type="checkbox"/>		
	医籍登録年月日 <input type="checkbox"/>		
主たる勤務先の医療機関(1か所)	名称 <input type="checkbox"/>		
	所在地 <input type="checkbox"/>	〒	〒
	電話番号 <input type="checkbox"/>		
	担当する診療科目 <input type="checkbox"/>		