**指定医指定変更届出書**

＊事務局使用欄＊

(Ｓ・Ｔ・Ｃ)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |

様式第４号

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 |  | | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 指定医番号 | 4 | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現在の指定期間 | 年　　　　月　　　　日　～　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | |
| 申請区分  （いずれかに○） | 難病指定医　　　　・　　　　協力難病指定医 | | | | | | | | | |
| 医療機関  (変更後の指定書の送付先) | 〒  （医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)  （電話番号 　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | |

※太枠内はすべて記入してください

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 | | □ |  |  |
| 医　籍 | 医籍登録番号 | □ |  |  |
| 医籍登録  年月日 | □ |  |  |
| 主たる  勤務先の  医療機関  （1か所） | 名　称 | □ |  |  |
| 所在地 | □ | 〒 | 〒 |
| 電話番号 | □ |  |  |
| 担当する  診療科目 | □ |  |  |

|  |
| --- |
|  |