様式第4号

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					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 （いずれかに〇）	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	□		