

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 | 佐賀 太郎 | | | 生年月日 | 昭和○(19○○)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) | 〒840-8570 佐賀市城内一丁目○番○号 (医療機関名 医療法人○○会 県庁病院) (電話番号 0952-○○-○○○○) | | | | | | | | |

※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 | <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 checked="" type="checkbox"/> | 県庁病院 | 医療法人○○会 県庁病院 |
| | 所在地 <input type="checkbox"/> | 〒 | 〒 |
| | 電話番号 <input type="checkbox"/> | | |
| | 担当診療 <input type="checkbox"/> | | |

変更される項目にチェックを入れ、変更前・変更後の情報を記入ください。