

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。