様式第４号

難 病 等 指 定 医 変 更 届 出 書

　　年　　月　　日

愛媛県知事　　　　 　様

指定医番号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載 | 医師の  氏名 |  | 変更年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 医師の  連絡先 |  | 〒  （電話番号）  変更年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 医籍の  登録番号 |  | 変更年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 医籍の  登録年月日 |  | 変更年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | |
| 主たる  勤務先の  医療機関 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する  診療科 |  |
| 変更年月日：　　　　　年　　　月　　　日 | |

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、以下の事項について変更があったため、同法施行規則第19条の規定に基づき届け出ます。

|  |
| --- |
| 注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。  ２　直近の指定の申請（変更届出を含む。）から変更がある事項の□の中にレ印をつけること。  変更のない事項については記載不要。  ３　難病等指定医指定通知書を添付すること。  ４　主たる勤務先医療機関は、主として指定難病の診断を行う医療機関の変更について記載する  こと。  　５　医籍の登録番号及び登録年月日の変更は、医師免許証の写しを添付（裏面に書換等の記載の  あるものは、裏面も添付のこと）。  ６　氏名変更の場合は、当該変更を証明する書類（戸籍抄本等の写し）を添付すること。 |
|  |