|  |
| --- |
|  |

様式第６号

難 病 等 指 定 医 更 新 申 請 書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

愛媛県知事　　　　 　　様

指定医番号

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　区　分 | 　　　難 病 指 定 医　　　・　　　協 力 難 病 指 定 医 |
| ①又は②のいずれかを記載 | ① | 専門医の名称 |  | 専門医の認定機関 |  |
| ② | 研修の名称 |  | 研　修修了日 |  |
| 内容に変更があれば、該当項目に☑を記載し、二重線で抹消して修正してください | 指定医氏名 |  | フリガナ |
| 指定医連絡先 |  | 〒（電話番号）　 |
| 医籍の登録番号 |  |  |
| 医籍の登録年月日 |  |  |
| 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 |  |

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更新したいので、同法施行規則第17条の規定により、下記のとおり申請します。

|  |
| --- |
| 注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。２　記載内容に変更があれば、該当項目に☑を記載し、二重線で抹消して修正すること。３　空白の欄は記載すること。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　指定医氏名の変更は、氏名の変更が証明できる書面（戸籍抄本等）の写しを添付すること。６　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すること。（裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと）。 |
|  |