

指定医指定更新申請書

令和 年 月 日

長崎県知事 様

指定医番号

フリガナ
医師氏名

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、下記のとおり申請します。

申請区分		難病指定医		協力難病指定医		
記載 ① ②	①	専門医の 資格の名称		専門医の 認定機関		
	②	研修の名称		研修 修了日		
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名				
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)			
	<input type="checkbox"/>	医籍 登録番号				
	<input type="checkbox"/>	医籍 登録年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	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					

添付書類

- 難病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
- 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
- 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

（裏面に続く）

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	