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。　 |
|  |