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 |  |
| 変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載 | 指定医  氏名 |  | ふりがな  （旧氏名　　　　　　　　） | | | |
| 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　直近の指定の申請（変更届出含む。）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の写しを添付すること。  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）。 |
|  |