

## 指定変更届出書

三重県知事 へ

指定医番号

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、下記のとおり申請事項の変更があったため届け出ます。

変更年月日		年 月 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 号 登 録 番 号		
	<input type="checkbox"/>	医 籍 日 登 録 年 月 日	大 正 和 成 平 成 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				
<input type="checkbox"/>	指 定 医 の 区 分 変 更	<input type="checkbox"/> 専門医資格取得 (専門医の資格を証明する書面の写しを添付してください。) <input type="checkbox"/> 協力難病指定医から難病指定医へ変更 (専門医の資格を証明する書面の写しまたは研修の課程を修了したことを証する書面の写しを添付してください。) ※受講日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 難病指定医から協力難病指定医へ変更 (研修の課程を修了したことを証する書面の写しを添付してください。) ※受講日 年 月 日		

(備考)

- 変更のない事項については記載不要です。
- 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してください。
- 指定医の区分変更の場合で、三重県が行う研修の課程を修了した方は、修了証書の写しは省略できます。ただし、省略する場合は、※受講日を記載してください。