指定難病 更新

第６号様式（第８条関係）

指定医指定更新申請書

　　　　年　　月　　日

岐阜県知事　様

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、その更新を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 指定医番号 | ２ | １ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名 | 　 |
| 連絡先電話番号 | □ 勤務先　　□ 自宅　（該当するものに「レ」を記載してください。） |
|  |
| 指定医の区分 | １　難病指定医（①又は②）　　　２　協力難病指定医（②） |
| 該当する資格 | ① 専門医 | 専門医の資格の名称 |  |
| 専門医の認定機関 |  |
| 有効期間 | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| ② 知事が行う研修を修了 | 研修の名称 |  |
| 研修修了年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
|  | 〇印 | 事項 | 変更後の内容 |
| 変更があった事項に〇印を付け、変更後の内容を記載してください。 |  | フリガナ |  |
| 指定医氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（旧氏名　　　　　　　　　） |
|  | 住所 | 〒**－** |
|  | 電話番号 |  |
|  | メールアドレス |  |
|  | 医籍登録番号 | 第　　　　　　　　　　号 |
|  | 医籍登録年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
|  | 主として指定難病の診断を行う医療機関 | 医療機関コード | ２ | １ | １ |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 名　　称 |  |
| 所 在 地 | 〒　　　　－ |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科名 |  |

備考　１　「指定医の区分」の１又は２のいずれかを囲み、「該当する資格」のいずれかを記載してください。

２　変更のない事項についても記載してください。

３　氏名に変更があった場合は、当該変更を証明する書類を添付してください。