

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	<input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 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															
変更があった事項に○印を付け、変更後の内容を記載してください。	<input type="checkbox"/> 印	事項	変更後の内容																
		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。