

## 指 定 変 更 届 出 書

長 崎 県 知 事 様

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 登 録 番 号				
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 年 月 日	昭 和 平 成 令	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					

(備考)

1. 指定通知書を添付。
2. 変更のない事項については記載不要。
3. 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。

(裏面に続く)

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関の変更等

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	