

指 定 変 更 届 出 書

群馬県知事 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 登 録 番 号						
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 年 月 日	昭 和 平 成 年 月 日	令 和				
	<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. 変更のない事項については記載不要。
2. 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	