

指定医指定更新申請書

年 月 日

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更新したいので、下記のとおり申請します。

申請区分		難病指定医		協力難病指定医		
① ず又は 記は 載か をの い	①	専門医の 資格の名称		専門医の 認定機関		
	②	研修の名称		研 修 修 了 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 令 成 和	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					

添付書類

1. 難病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
2. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
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)

○ 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	