

指定医申請事項変更届出書

福岡県知事 殿

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（平成26年法律第50号）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 号 登 録 番 号							
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 年 月 日					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 診療科名								

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