第15号様式

指定医指定変更届出書

　　年　　月　　日

香川県知事　殿

指定医番号

医師氏名

連　絡　先

　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、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第19条の規定により届け出ます。

|  |  |
| --- | --- |
| 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してください。 | □ | ふ り が な |  |
| 指定医氏名 |  |
| □ | 連　絡　先 | 〒（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| □ | 医　　　籍登録番号 |  |  |  |  |  |  |
| □ | 医　　　籍登録年月日 | 　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| □ | 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です。

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してください。