指定変更届出書

令和　　　年　　　月　　　日

神戸市保健所長　宛

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、下記の通り申請事項の変更があったため届け出ます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 変更年月日 | | | 令和　　　　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 | □ | 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 | 大　　正  昭　　和　　　　　　　　年　　　　　　　月　　　　　日  平　　成 | | | | | | | |
| □ | 主たる勤務先の  医療機関 | 医療機関名 | |  | | | | | |
| 所在地 | | 〒  神戸市 | | | | | |
| 電話番号 | |  | | | | | |
| 担当する  診療科 | |  | | | | | |