

指定医指定変更届出書

佐賀県知事 様

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。

届出日 平成 年 月 日

指定医氏名	Ⓜ										※太枠内はすべて記入してください
指定医番号	4	1									
医療機関 (変更後の指定書の送付先)	〒 - 医療機関名 () 電話番号 (- -)										

変更内容記入欄(該当箇所のみ記入)

変更が生じた日

年

月

日

<input type="checkbox"/> 変更する項目に☑		変更前	変更後
<input type="checkbox"/>	氏名		
<input type="checkbox"/>	医籍	医籍登録番号	
		医籍登録年月日	
<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関(1か所)	名称	
		所在地	(〒 -) (〒 -)
		電話番号	
		担当する診療科名	