

(表)

様式第 5 号

指定医指定更新申請書

* 事務局使用欄 *

(S ・ T ・ C)

--	--	--	--

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更新したいので、下記のとおり、必要書類を添えて申請します。

申請日 年 月 日

指定医番号		氏 名	
現在の指定期間	年 月 日 ~	年 月 日	

申請区分(いずれかに○)			難病指定医	協力難病指定医
全て記載し、変更のある事項にチェック	氏 名		<input type="checkbox"/>	
	医 籍	医籍登録番号	<input type="checkbox"/>	
		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	<input type="checkbox"/>	
		所在地	<input type="checkbox"/>	〒
		電話番号	<input type="checkbox"/>	
		担当する診療科	<input type="checkbox"/>	

①又は②のいずれかの□にチェックして記載してください。

難病指定医…①又は②を記入 協力難病指定医…②を記入

① <input type="checkbox"/>	専門医資格	専門医の名称		専門医の認定機関(学会)	
		有効期間	~		
② <input type="checkbox"/>	研修受講日	年 月 日			

【添付書類】

- ・専門医資格証明書の写し(①の場合) 又は 研修受講証明証の写し(②の場合)
- ・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

主たる勤務先以外に勤務をすることが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	