

指定変更届出書

(宛先) 新潟市長

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項に規定する指定医の指定について、下記のとおり申請事項の変更がありましたので届け出ます。

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	郵便番号 (電話番号)					
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号						
	<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		郵便番号					
	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。

(裏面に続きます。)

○ 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	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	