

難病医療費助成 指定医 変更届出書

徳島県知事 殿

指定医番号

医 師 氏 名 印

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。

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	☐	氏 名						
	☐	連 絡 先	〒 (電話番号)					
	☐	医 登 録 番 号						
	☐	医 登 録 年 月 日	昭和・平成・令和 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。
 - 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。
- (裏面に続く)

(裏面)

○ 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	〒
	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	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	