|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 様式第３号 | | | | | | | | |
| 指定医変更届出書  年　　月　　日  　茨城県知事　殿  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項の規定による指定医の指定について、次のとおり申請内容の変更があったので届け出ます。 | | | | | | | | |
| 変　更　年　月　日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | |
|  | 医師氏名 |  | | | | | |
|  | 現住所 | 〒 | | | | | |
|  | 連絡先 | 電　話　番　号 | |  | | | |
| メールアドレス | |  | | | |
|  | 医籍の登録番号 |  |  |  |  |  |  |
|  | 医籍の登録年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | | | | |
|  | 担当する診療科名 |  | | | | | |
|  | 主として指定難病の  診断を行う医療機関 | 名称 | |  | | | |
| 所　在　地 | | 〒 | | | |

備考

　１　変更のあった事項の□の中にレ印を付し、変更後の内容を記載すること。

２　医籍の登録番号又は医籍登録年月日の変更がある場合は、医師免許証の写しを添付すること。

３　氏名の変更がある場合は、当該変更を証明する書類（住民票の写し等）を添付すること。