様式第３号

難病医療費助成指定医　変更届出書

岩手県知事　様

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** | **□** | 指定医氏名 |  | | | | | | |
| **□** | 連　絡　先 | 〒  （電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| **□** | 医籍登録番号 |  |  |  | |  |  |  |
| **□** | 医　　　籍  登録年月日 | 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 |  |