

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	<input type="checkbox"/> 指定医氏名	
	<input type="checkbox"/> 連絡先	〒 (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		〒
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	