

難病指定医指定内容変更届出書

千葉県知事 様

申請日： 年 月 日

医 師 氏 名

指定医番号

電話番号

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	
現在指定されている 指定医の種類	難病指定医 ・ 協力難病指定医	
変 更 事 由 (該当するものに○)	1. 氏名の変更 2. 連絡先の変更 3. 医籍登録番号、年月日の変更 4. 担当する診療科名の変更 5. 主たる勤務先（主として指定難病の診断を行う）の医療機関の変更 （名称、所在地、電話番号の変更を含む）	
変 更 事 項	変更前	
	変更後	

- （備考）
- 1. 変更の際は、現在指定を受けている指定医通知書（原本）を添付して下さい。
※指定医通知書に記載されていない「2. 連絡先の変更」のみの場合は、指定医通知書の添付は不要です。
 - 2. 氏名、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下さい。
 - 3. 主たる勤務先の医療機関の所在地が、千葉県以外となる場合は、変更ではなく辞退の申請となります。今後は主たる勤務先の医療機関の所在地の都道府県知事等に、新たに指定申請を行って下さい。
 - 4. 主たる勤務先の医療機関については、名称等が変更になった場合も届出が必要です。
 - 5. 難病指定医の要件変更や、協力難病指定医から難病指定医への変更については、当該変更届ではなく、辞退届と新たな申請が必要となります。