

難病指定医指定更新申請書

申請日： 年 月 日

千葉県知事 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更新したいので、下記のとおり申請します。

| 申請区分                             |                          |                 | 難病指定医            |              | 協力難病指定医 |  |
|----------------------------------|--------------------------|-----------------|------------------|--------------|---------|--|
| 記載<br>い①<br>ず又<br>れは<br>か②<br>をの | ①                        | 専門医の<br>資格の名称   |                  | 専門医の<br>認定機関 |         |  |
|                                  | ②                        | 研修の名称           |                  | 研修<br>了日     |         |  |
| 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             | 〒<br><br>(電話番号 ) |              |         |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> | 医籍<br>登録番号      |                  |              |         |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> | 医籍<br>登録年月日     | 年 月 日            |              |         |  |
|                                  | <input type="checkbox"/> | 主たる勤務先の<br>医療機関 | 医療機関名            |              |         |  |
|                                  |                          |                 | 所在地              | 〒            |         |  |
|                                  |                          |                 | 電話番号             |              |         |  |
| 担当する<br>診療科                      |                          |                 |                  |              |         |  |

添付書類

1. 難病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し）  
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し）
2. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し）
3. 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)

○ 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 |   |