

指定医申請事項変更届出書

(あて先) 福岡市長

届出日 年 月 日

指定医番号

フリガナ

医師氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）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"/> | フリガナ | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 指定医氏名 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 連絡先 | 〒 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 医 登 録 番 号 | (電話番号) | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 医 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ください。

※ 氏名を変更した場合は、当該の履歴を証明する書類（戸籍抄本等）を添付してください。

(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 | |

記入例

指定医申請事項変更届出書

(あて先) 福岡市長

必ず指定を受けている医師本人が届け出てください。

申請日 令和〇年〇〇月〇〇日

指定医番号 6951234567

フリガナ フクオカ タロウ

医師氏名 福岡 太郎

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）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 | | 令和〇年〇〇月〇〇日 | |
| 変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載 | <input checked="" type="checkbox"/> | フリガナ | フクオカ タロウ |
| | <input checked="" type="checkbox"/> | 指定医氏名 | 福岡 太郎 |
| | <input type="checkbox"/> | 連絡 | 氏名が変更となった場合、変更の履歴が確認できる書類の添付が必要です。 ・戸籍抄本 ・氏名書換後の医師免許証の写し ・運転免許証の表裏の写し（裏書がある場合） など |
| | <input type="checkbox"/> | 医 登 録 | 福岡市内の医療機関に限ります。 福岡市外の医療機関に異動される方は、異動先の都道府県又は政令指定都市において改めて指定を受け、福岡市における指定はご辞退いただく必要があります。 |
| | <input type="checkbox"/> | 医 登 録 年 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> | 主たる勤務先の医療機関 | 医療機関名 | 天神診療所 |
| | | 所在地 | 〒810-0000 福岡市中央区天神1丁目10-1 |
| | | 電話番号 | 092-111-2222 |
| | | 担当する診療科名 | 内科 |

※ 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ください。

※ 氏名を変更した場合は、当該の履歴を証明する書類（戸籍抄本等）を添付してください。

(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 | |