## 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	目	
変更のある事項にチェ		フリガ	ナ						
		指定医氏	名						
		連絡	先	(電話番号 )					
項にチュ		医 登 録 番	籍号						
ェックし、		医登録年月	籍日		年		月	日	
し、変更後の内容を記載				医療核	幾関名				
		主たる勤務先の 医 療 機 関	所 在 地		Ŧ				
			電話	番号					
				担 当	 する 科名				

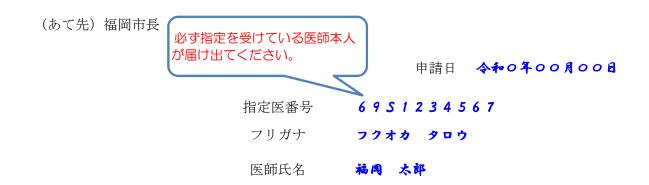
- ※ 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付してください。
- ※ 氏名を変更した場合は、当該の履歴を証明する書類(戸籍抄本等)を添付してください。

(裏面に続く)

## ○ 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	
	医療機関名	
4	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	

## 指定医申請事項変更届出書



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		今和0年00月00日		
変更のある事項にチェ	<b>✓</b>	フ 指 須		ガ ナ 氏名	フクオカ タロウ 福周 太郎			
		連 格 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。						
		医 ・						
ツ ク		医 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。						
し、変更後の内容を記載	<b>&gt;</b>	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		
				機 関	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)

## ○ 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	
	医療機関名	
4	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	