

難病指定医指定更新申請書

年 月 日

宮崎県知事 殿

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。

記載 い① ず又 れは か② をの	①	専門医の 資格の名称		専門医の 認定機関	
	②	研修の名称		研 修 修 了 日	
指定医氏名					
連絡先		〒 (電話番号)			
医 籍 登録番号					
医 籍 登録年月日		大 正 昭 和 平 成	年	月	日
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			

添付書類

- 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（写し可）
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
- 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	