様式第３号

難病指定医指定変更届出書

　　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、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 | □ | 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 | 昭　和平　成令　和 | 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 |  |

（備考）

１．変更のない事項については記載不要。

２．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。