様式第４号

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。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①又は②のいずれかを記載 | ① | 専門医名称 |  | 専門医認定学会 |  |
| 有効期間 | 　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| ② | 研修名称 |  | 研修修了年月日 |  |
| 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 | 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 |  |

添付書類

１．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）

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