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