

指定医変更届出書

年 月 日

(届出先)
横浜市長

住 所
申請者
医師氏名
電話番号

指定医の指定の申請内容に変更があったため、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 19 条の規定により、次のとおり届け出ます。

変 更 年 月 日	年 月 日
指 定 医 番 号	

記入欄は、変更のある事項のみ記載してください。		必要書類
(フリガナ) 氏 名		戸籍抄本の写し
医 籍 登 録 番 号		医師免許証の写し
医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日	
指 定 医 の 区 分	<input type="checkbox"/> S : 難病指定医 (専門医資格による)	専門医証の写し
	<input type="checkbox"/> T : 難病指定医 (研修修了による)	オンライン研修修了証 ※申請をした日が属する年度の 前年 4 月 1 日以降に受講した 修了証が有効
	<input type="checkbox"/> C : 協力難病指定医	
主たる勤務先の医療 機 関 (横浜市内の医療機 関に限る)	名 称	
	所 在 地	横浜市 区
	電 話 番 号	
	担 当 する 診 療 科	