

指 定 変 更 届 出 書

年 月 日

北九州市長 様

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 | <input type="checkbox"/> | 指定医氏名 | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 連絡先 | 〒 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 医籍登録番号 | (電話番号) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 医籍登録年月日 | 年 月 日 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> | 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。