

指定医指定更新申請書（難病）

年 月 日

岡山県知事 殿

指定医番号

指定医氏名

住 所

電 話 番 号

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項に規定する指定医の指定について更新したいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第121号）第17条の規定により申請します。

申請区分		難病指定医		協力難病指定医	
申請要件	①	専門医資格の名称		専門医の認定機関	
	②	研修の名称		研修了日	
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	〒 (電話番号)		
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 番 号			
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日		
	<input type="checkbox"/>	主 勤 医 務 先 任 医 療 機 関 の 関 係	医療機関名		
		所在地	〒		
		電話番号			
		担当する診療科			

添付書類

- 1 難病指定医の更新申請の場合は、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 協力難病指定医の更新申請の場合は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
- 3 氏名を変更した場合は、変更を証明する書類（住民票の写し等）
- 4 医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し

（裏面に続く）

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関（変更後）

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	