

指 定 変 更 届 出 書

年 月 日

京都府知事 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 <small>(変更のない事項については記載不要)</small> 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 (医師の住所)	〒				
	<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"/>	主たる勤務先の医療機関	医療機関名				
	所在地		〒				
			【京都府域以外（例：他都道府県、京都市等）の場合】 ※規定第20条第4項に基づき、京都府の指定医の指定を取り消します。所在地の都道府県・指定都市へ新規の申請を提出してください。 所在地の都道府県・指定都市への申請状況： <input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 今後申請予定				
	電話番号						
		担当する診療科					

(備考)

- 既に交付済みの指令書を添付。
- 氏名が変更された場合は、戸籍抄本等氏名変更が確認できる書類を添付。
- 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。