

# 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

印

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	〒 (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"/>	主たる勤務先の医療機関	医療機関名					
			医療機関コード					
			所在地	〒				
【京都府域以外（例：他府県、京都市等）の場合】 ※京都府ではなく、所在地の都道府県・指定都市への申請が必要となります。 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)

1. 既に交付済みの指令書の写しを添付。
2. 変更のない事項については記載不要。
3. 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。
4. 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。