

指定医指定更新申請書

年 月 日

あて先) 秋田県知事

指定医番号

醫師氏名

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更新したいので、下記のとおり申請します。

申請区分			難病指定医		協力難病指定医	
①又は②のいずれかを記載	①	専門医の資格の名称		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	☐	指定医氏名				
	☐	連絡先	〒 (電話番号)			
	☐	医 籍 登 録 番 号				
	☐	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日			
	☐	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						

添付書類

1. 難病指定医の更新申請の際は、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. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
3. 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。

(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の変更等

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	