第９号様式（第６条関係）

|  |
| --- |
| 指定医番号 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

指定医指定申請事項変更届出書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 指定医氏名 | フリガナ |  |
| 氏名 |  | 　　 |
| 変更のある事項にレ点を付し、変更後の内容を記入してください。 | □ | フリガナ |  |
| 氏名 |  |
| □ | 住所 | 〒  **-**  |
| □ | 連絡先 | 電話番号 | ―　　　　　　　　―　 |
| 電子メールアドレス | ＠ |
| □ | 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 | 医療機関名称 |  |
| 所在地 | 〒  **-** 電話番号（　　　　　－　　　　　－　　　　） |
| 担当する診療科名 |  |
| 変　　更　　年　　月　　日 | 年　　　　　月　　　　　日 |
| （あて先）浜松市長上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第19条に規定により、申請事項の変更があったので届け出ます。年　　　月　　　日　　　　　　　　　　　　　 |

注１　変更のない事項については記入は不要です。

２　医籍登録番号及び医籍登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付してください。