

静岡県指定医番号

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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。	<input type="checkbox"/>	フリガナ					
		氏名					
	<input type="checkbox"/>	住所		郵便番号 -			
		連絡先		電話番号	- -		
	電子メールアドレス			@			
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号					
		医籍登録年月日		昭和・平成・令和 年 月 日			
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関	医療機関名称				
			所在地		郵便番号 -		
					電話番号 (- -)		
担当する診療科名							
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					静岡県知事 様		

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。