

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											
<p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">静岡県知事 様</p>											

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。