

指定医変更届出書

申請日 年 月 日

(宛先)京都市長

指定医番号

医師氏名

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、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、変更後の内容を記入	<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			〒						
			[京都市外の場合] 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 変更事項のみ記入。
- 2 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。
- 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。