

指定医指定更新申請書

年 月 日

長野県知事 殿

指定医番号

ふりがな
医師氏名

連絡先（勤務先電話番号）

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	専門医の名称 ^{※1}		専門医の認定機関（学会）	
	②	研修の受講状況 ^{※2}	難病指定医研修 ・ 協力難病指定医研修	研修修了年月日	年 月 日
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	ふりがな 指定医氏名			
	<input type="checkbox"/>	連絡先	（勤務先電話番号）		
	<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		
	所在地		〒		
	電話番号				
	担当する診療科				

※1 更新時点（現在の指定満了日の翌日）で有効な専門医の資格に限ります。

※2 現在の指定の有効期間内に受講した更新のための研修について記載してください。

<添付書類>

- 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の写し
又は難病指定医の研修修了を証明する書類の写し
- 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の写し
- 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。

（裏面に続く）

(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	