

指定医指定更新申請書

指定医番号と氏名を記入。

申請日を記入。

○年 ○月 ○日

指定医番号 **09S0123456**

医師氏名 **難病 太郎**

①又は②のいずれかを記入。

②で研修終了日が不明の場合は、未記入のままご提出ください。

指定について更新したい

難病指定医

記載	①	専門医の資格の名称	○○○○専門医		専門医の認定機関	○○○○委員会
	②	研修の名称	栃木県難病指定医研修		研修終了日	○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"/>	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				
	<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					

現在の指定通知書の内容と変更がある場合は、チェックボックスにチェックを記入の上、変更となった内容を記入。(変更がない場合は、記入不要。)

(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	前回の申請の届出と異なっている場合は、記入。
	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	