

指定医変更届出書

年 月 日

神奈川県知事殿

届出者 指定医番号

指定医の氏名

(年 月 日生)

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第19条の規定により、次のとおり届け出ます。

変更事項（変更があった事項のみ記入してください。）		変 更 年 月 日
(ふりがな) 氏 名		年 月 日
連絡先電話番号 電子メールアドレス	(勤務先) (携帯電話等)	年 月 日
医籍の登録番号	第 号	年 月 日
医籍の登録年月日	年 月 日	年 月 日
担当する診療科名		年 月 日
主として指定 難病の 診断を 行う医 療機関	(ふりがな) 名 称 〒 所 在 地	年 月 日 年 月 日