

## 指定医指定更新申請書

年 月 日

福岡県知事 殿

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（平成26年法律第50号）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 (いずれかに○)		難病指定医      ・      協力難病指定医	
記載 ①又は②のいずれかを	①	専門医の 資格の名称	専門医の 認定機関
	②	研修の名称	研修 了日
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	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 診療科名	

添付書類

1. 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（写し可）  
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
2. 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（写し可）
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。

(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	
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科名	