**指定医指定更新申請書**

令和　　　年　　　月　　　日

神戸市保健所長　宛

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更新したいので、下記のとおり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請区分（どちらかに〇をつける） | 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 | 専門医の資格の名称 |  | 専門医の認定機関 |  |
|  | ② | 研修の名称 |  | 研修終了日 | 年　　　月　　　日 |
| 全ての項目を記載の上、　　　　　　　変更箇所は□をチェックして加筆・訂正をする。 | 変更年月日（変更がある場合） | 年　　　　　　月　　　　　　日 |
|  |[ ]  ふりがな |  |
|  |  | 指定医氏名 |  |
|  |[ ]  連絡先 | 〒（電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
|  |[ ]  医籍登録番号 |  |
|  |[ ]  医籍登録年月日 | 昭和 ・ 平成 年　　　　　　月　　　　　日 |
|  |[ ]  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 |  |

添付書類

１． 難病指定医の更新の際は、専門医に認定されていることを証明する書類、または難病指定医の研修修了証。（どちらも写し可）

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証。（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、医師免許所の写しを添付。

（裏面）

〇　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 |  |