

# 記載例（指定医 T 用）

令和〇年〇月〇日

## 指定医更新申請書

高知県知事 様

指定医番号 39T10000000

医師氏名 高知 太郎

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					
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	難病指定医オンライン 研修	研 修 修 了 日	令和〇〇年〇月〇日			
変更が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				〒		
	<input type="checkbox"/>	※医籍登録 番 号	変更がある場合のみ、記載してください。					
	<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							

### 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）又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し）
- 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）
- 3 医籍の氏名等に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。