

記載例（指定医C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 39C1〇〇〇〇〇〇

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	協力難病指定医オン 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。