第15号様式

指定医変更届出書

　年　　月　　日

　（届出先）

　　横浜市長

住　　所

申請者

医師氏名

電話番号

指定医の指定の申請内容に変更があったため、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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 変更年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | | |
| 指定医番号 |  | | |
|  |  | |  |
| 記入欄は、変更のある事項のみ記載してください。 | | | 必要書類 |
| （フリガナ）  氏名 |  | | 戸籍抄本の写し |
| 医籍登録番号 |  | | 医師免許証の写し |
| 医籍登録年月日 | 年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| 指定医の区分 | □Ｓ：難病指定医（専門医資格による） | | 専門医証の写し |
| □Ｔ：難病指定医（研修修了による） | | オンライン研修修了証  ※申請をした日が属する年度の前年４月１日以降に受講した修了証が有効 |
| □Ｃ：協力難病指定医 | |
| 主たる勤務先の医療機関  （横浜市内の医療機関に限る） | 名称 |  | |
| 所在地 | 横浜市　　　　区 | |
| 電話番号 |  | |
| 担当する  診療科 |  | |