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

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。 | | |
| （フリガナ）  氏名 |  | |
| 医籍登録番号※ |  | |
| 医籍登録年月日※ | 年　　　　　　月　　　　　　日 | |
| 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 |  |

* 医籍登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しの添付が必要で

す。