

難病指定医指定更新申請書

年 月 日

(あて先)千葉市長

指定医番号

醫師氏名

申請区分		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	研修了日	
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	☐	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	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(写し可)
又は難病指定医の研修修了を証明する書類(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を証明する書類(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、医師免許証の写しを添付。
4. 難病指定医通知書の写し

(裏面)

○ 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	