

難病指定医指定更新申請書

年 月 日

宮崎県知事 殿

指定医番号

医師氏名

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。

①又は②のいずれかを記載	①	専門医名称			専門医 認定学会	
		有効期間	年 月 日から	年 月 日まで		
	②	研修名称			研修修了 年月日	
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		昭和 平成 令和	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. 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. 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