

指定医指定更新申請書

香川県知事 殿

指定医番号の3桁目がS、P、Tの方は難病指定医を選択

指定医番号 3 7 S 1 2 3 4 5 6 7

医師氏名 香川 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、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第17条の規定により、下記のとおり申請します。

申請区分 (いずれかに○を付けてください。)		難病指定医					協力難病指定医	
専門医資格 (注1)	専門医資格 の名称	循環器専門医 (有効期限:2021年3月)			認定機関 の名称	日本循環器学会		
研修状況 (注2)	研修の名称	(主催者:)			研修の 修了日	年 月 日		
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載してください。	<input type="checkbox"/>	ふりがな	かがわ たろう					
	<input type="checkbox"/>	指定医氏名	香川 太郎					
	<input checked="" type="checkbox"/>	連絡先	〒 760-0017 760-0017 高松市番町4-1-10 高松市番町○○ (電話番号 087-832-3272 087-832-3260)					
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登録番号	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登録年月日	平成 10 年 4 月 25 日					
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の 医療機関 (主として指定難 病の診断を行う医 療機関)	名 称	○○病院				
		所 在 地	〒760-0017 高松市番町 4-1-10					
		電 話 番 号	087-832-3260					
		担 当 す る 診 療 科	循環器内科					

変更がある場合は、二重線で消して訂正してください。

(注1)「専門医資格」の欄は、専門医資格により難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。

(注2)「研修状況」の欄は、研修修了資格により難病指定医又は協力難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。

【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、又は難病指定医の研修終了を証明する書類
- 2 協力難病指定医の更新申請の際は、協力難病指定医の研修終了を証明する書類
- 3 医師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

指定医指定更新申請書

香川県知事 殿

指定医番号の3桁目が
Cの方は
協力難病指定医を選択

指定医番号 3 7 S 1 2 3 4 5 6 7

医師氏名 香川 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ので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第17条の規定により、下記のとおり申請します。

申請区分 (いずれかに○を付けてください。)		難病指定医				協力難病指定医		
専門医資格 (注1)	専門医資格 の名称	(有効期限: 年 月)		認定機関 の名称				
研修状況 (注2)	研修の名称	協力難病指定医研修会 (主催者: 香川県)		研修の 修了日	平成 29 年 5 月 25 日			
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載してください。	<input type="checkbox"/>	ふりがな	かがわ たろう					
	<input type="checkbox"/>	指定医氏名	香川 太郎					
	<input checked="" type="checkbox"/>	連絡先	〒 760-0017 760-0017 高松市番町4-1-10 高松市番町○○ 087-832-3272 (電話番号 087-832-3260)					
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登録番号	1	2	3	4	5	6
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登録年月日	平成 10 年 4 月 25 日					
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の 医 療 機 関 (主として指定難 病の診断を行う医 療機関)	名 称	○○病院				
		所 在 地	〒760-0017 高松市番町4-1-10					
		電 話 番 号	087-832-3260					
		担 当 す る 診 療 科	循環器内科					

変更がある場合は、
二重線で消して訂正
してください。

(注1)「専門医資格」の欄は、専門医資格により難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。
(注2)「研修状況」の欄は、研修修了資格により難病指定医又は協力難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。

【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、又は難病指定医の研修終了を証明する書類
- 2 協力難病指定医の更新申請の際は、協力難病指定医の研修終了を証明する書類
- 3 医師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