第14号様式

指定医指定更新申請書

　年　　月　　日

　（申請先）

　横浜市長

住　　所

申請者

氏　　名

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第17条第２項に規定する指定医の指定の更新のため、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医の種類  （該当するものに○） | | 難病指定医　・　協力難病指定医 | | | | | | | | | | |
| 指定医番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| ①又は②の  いずれかを記入 | ① | 専門医の資格の名称 | | | |  | | | | | | |
| 専門医の認定機関 | | | |  | | | | | | |
| ② | 研修の名称 | | | |  | | | | | | |
| 研修の修了日 | | | |  | | | | | | |

変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| □ | 指定医氏名 |  | |
| □ | 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） | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 横浜市　　　区 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |