

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。

<input type="checkbox"/>	指 定 医 氏 名		
<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 番 号		
<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日	
<input type="checkbox"/>	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	