様式第４号

難病医療費助成指定医　更新申請書

　　年　　月　　日

岩手県知事　様

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。

|  |  |
| --- | --- |
| 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）

1. 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）
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。

（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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |  |