第２号様式（第２条関係）

指定医変更届出書

　　　年　　月　　日

神奈川県知事殿

届出者　指定医番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　指定医の氏名

（　　　　年　　月　　日生）

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第19条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **変更事項（変更があった事項のみ記入してください。）** | | | **変更年月日** |
| （ふりがな）  氏名 | |  | 年　　月　　日 |
| 連絡先電話番号  電子メールアドレス | | （勤務先）　　　　　　（携帯電話等） | 年　　月　　日 |
| 医籍の登録番号 | | 第　　　　　　　号 | 年　　月　　日 |
| 医籍の登録年月日 | | 年　　　月　　　日 | 年　　月　　日 |
| 担当する診療科名 | |  | 年　　月　　日 |
| 主として指定難病の診断を行う医療機関 | （ふりがな）  名称 |  | 年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒 | 年　　月　　日 |