指定医指定内容変更届

第６号様式（第８条関係）

東京都知事　殿

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、次のとおり申請事項の変更があったため届け出ます。

**（届出日）　　　　　　年　　　月　　　日**

**（届出者）**

**氏　　名**

**生年月日　　　　年　　　月　　　日**

**変更前の内容**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 電話番号 |  |
| 氏　　　名 |  | | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  |
| 現　住　所 | 〒　　　－ | | | |
| 指定医の種類 | 難病指定医　・　協力難病指定医  （どちらかに○を付けてください。） | | | |
| 指定医番号 |  | | | |
| 主たる勤務先  の医療機関 | 名　称 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 電話番号 |  | | |
| 担当する診療科名 |  | | |

**変更後の内容（変更のあった事項のみ記載してください。）**

**変更事由発生日　　　　　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 電話番号 |  | |
| 氏名※１ |  | | ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ |  | |
| ホームページ掲載氏名  （旧姓の使用等）※２ |  | | 指定通知書印字氏名  （旧姓の使用等）※２ | |  |
| 現住所 | 〒　　　－ | | | | |
| 主たる勤務先  の医療機関 | 名　称 |  | | | |
| 所在地 | 〒　　　－ | | | |
| 電話番号 |  | | | |
| 担当する診療科名 |  | | | |

※１　氏名を変更した場合は、当該変更の履歴を証明する書類（戸籍抄本等）を添付してください。

※２　ホームページ掲載氏名（東京都のホームページに掲載する氏名）及び指定通知書印字氏名（指定医指定通知書に印字する氏名）の変更を希望する場合は、上記「氏名」欄の氏名と希望する氏名の両方が確認できる書類（医師免許証の写し等）を添付してください。

（日本産業規格Ａ列４番）