

## 指定医指定内容変更届

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		メールアドレス	
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		メールアドレス	
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。