

指定医指定申請書（更新用）

年 月 日

（宛先）川崎市長

申請者

指定医番号

指定医住所 〒

指定医氏名

川崎市難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第5条の規定により、次のとおり申請します。

フリガナ			
氏 名			
電 話 番 号		勤 務 先： 携 帯 電 話 等：	
生 年 月 日		年 月 日	
医 籍 登 録 番 号	第 号	医籍の登録年月日	年 月 日
担 当 す る 診 療 科 名			
申 請 区 分 (該当するものに○印を付けてください。)		1 難病指定医      2 協力難病指定医	
専門医の認定機関及び専門医の資格の名称  (専門医資格による難病指定医の申請の場合)	専門医の認定機関 (学 会 名)		専門医の資格の名称
			(有効期限 年 月 日)
			(有効期限 年 月 日)
修了した指定医研修の名称及び修了年月日  (指定の養成に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合)	名 称		
	修 了 年 月 日	年 月 日	
主として指定難病の診断を行う医療機関	名 称		
	所 在 地		