

指定医変更届出書

年 月 日

(宛先) 川崎市長

届出者

指定医番号

指定医住所 〒

指定医氏名

難病の患者の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
フリガナ名		年 月 日
電話番号	勤務先：	年 月 日
	携帯電話等：	年 月 日
医籍登録番号		年 月 日
医籍の登録年月日		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	フリガナ名	年 月 日
	所在地	