

様式第7号（第7条関係）

難病指定医（協力難病指定医）指定変更届出書

年 月 日

（宛先）

滋賀県知事

指定医氏名

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医の指定を受けた内容を次のとおり変更したので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第19条の規定に基づき、関係書類を添えて届け出ます。

	旧	新
ふりがな 医師氏名		
居住地		
連絡先電話番号		
主として指定難病の 診断を行う医療機関名		
主として指定難病の診断 を行う医療機関の所在地	〒 TEL	〒 TEL
担当する診療科		
変更理由		
変更年月日	年 月 日	

注1 標題の届出名のうち、該当する事項に○をしてください。

2 変更があった項目について、その内容、理由および変更年月日を記入してください。

3 変更内容がわかる書類を添付してください。