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。