

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領 一部改正

新旧対照表

新

旧

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領	島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領
<p>第1～第2【略】</p> <p>第3 小慢指定医の職務等</p> <p>1 小児慢性特定疾病指定医（以下「小慢指定医」という。）は、小児慢性特定疾病（法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病をいう。以下同じ。）の患者が小児慢性特定疾病にかかっていること及びその疾病の状態が同条第3項に規定する厚生労働大臣が定める程度であることを証明する医療意見書の作成を行うものとする。【児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号。以下「規則」という。）第7条の13 第1項】</p> <p>第4【略】</p> <p>第5 小慢指定医の指定の申請等</p> <p>1 指定の申請の手続</p> <p>(1) 小慢指定医の指定の申請を行おうとする医師は（以下「申請者」という。）、「小児慢性特定疾病指定医指定申請書」（様式第1号）に、次の①～③に掲げる書類を添付して、主たる勤務地（当該医師が主として小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関の所在地をいう。以下同じ。）を管轄する保健所長（以下「保健所長」という。）を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>なお、指定申請書の記載事項である主たる勤務先の医療機関以外に勤務することのある医療機関については、申請を行おうとする者の可能な範囲で記載すること。</p> <p>①～③【略】</p> <p>(2)【略】</p> <p>第6 小慢指定医の指定等</p> <p>1 小慢指定医の指定</p> <p>(1) 知事は、小慢指定医の指定をしたときは、次に掲げる事項を記載した「小児慢性特定疾病指定医指定通知書」（様式第2号）を保健所長を経由して申請者に交付するとともに、次に掲げる事項（④を除く。）について公表するものとする。【規則第7条の17 第1号】</p> <p>① 医師氏名</p> <p>② 診療に主に従事する医療機関の名称及び所在地</p>	<p>第1～第2【略】</p> <p>第3 小慢指定医の職務等</p> <p>1 小児慢性特定疾病指定医（以下「小慢指定医」という。）は、小児慢性特定疾病（法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病をいう。以下同じ。）の患者が小児慢性特定疾病にかかっていること及びその疾病の状態が同条第2項に規定する厚生労働大臣が定める程度であることを証明する医療意見書の作成を行うものとする。【児童福祉法施行規則（昭和23年厚生省令第11号。以下「規則」という。）第7条の13 第1項】</p> <p>第4【略】</p> <p>第5 小慢指定医の指定の申請等</p> <p>1 指定の申請の手続</p> <p>(1) 小慢指定医の指定の申請を行おうとする医師は（以下「申請者」という。）、「小児慢性特定疾病指定医指定申請書」（様式第1号）に、次の①～③に掲げる書類を添付して、勤務地（当該医師が小児慢性特定疾病の診断を行う医療機関の所在地をいう。以下同じ。）を管轄する保健所長（以下「保健所長」という。）を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>なお、指定申請書には、医療意見書を作成することが想定される医療機関については、すべて記載すること。</p> <p>①～③【略】</p> <p>(2)【略】</p> <p>第6 小慢指定医の指定等</p> <p>1 小慢指定医の指定</p> <p>(1) 知事は、小慢指定医の指定をしたときは、次に掲げる事項を記載した「小児慢性特定疾病指定医指定通知書」（様式第2号）を保健所長を経由して申請者に交付するとともに、次に掲げる事項（④を除く。）について公表するものとする。【規則第7条の17 第1号】</p> <p>① 医師氏名</p> <p>② 診療に従事する医療機関の名称及び所在地</p>

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領 一部改正

新旧対照表

新

旧

<p>③ 診療に主に従事する医療機関において担当する診療科名</p> <p>④ 指定年月日及び指定有効期間</p> <p>(2)～(4)【略】</p> <p>2【略】</p> <p>第7 小慢指定医の指定に係る申請内容の変更</p> <p>1 小慢指定医は、以下の①～⑥の事項について変更があったときは、「小児慢性特定疾病指定医変更届出書」(様式第3号)を保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>【規則第7条の14】</p> <p>①～⑤【略】</p> <p>⑥ 主として医療意見書の作成を行おうとする医療機関の名称及び所在地</p> <p>第8～第9【略】</p> <p>附 則</p> <p><u>1 この要領は、令和4年4月1日から施行する。</u></p> <p>別表【略】</p>	<p>③ 診療に従事する医療機関において担当する診療科名</p> <p>④ 指定年月日及び指定有効期間</p> <p>(2)～(4)【略】</p> <p>2【略】</p> <p>第7 小慢指定医の指定に係る申請内容の変更</p> <p>1 小慢指定医は、以下の①～⑥の事項について変更があったときは、「小児慢性特定疾病指定医変更届出書」(様式第3号)を保健所長を経由して知事に提出するものとする。</p> <p>【規則第7条の14】</p> <p>①～⑤【略】</p> <p>⑥ 医療意見書の作成を行おうとする医療機関の名称及び所在地</p> <p>第8～第9【略】</p> <p>附 則</p> <p>別表【略】</p>
---	---

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第1号 (表面)

様式第1号		難病指定医・協力難病指定医 小児慢性特定疾病指定医		指定申請書	
島根県知事 様		氏名		年 月 日	
		住所 〒			
		電話番号			
<p>・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いので、 ・児童福祉法第19条の3第1項</p> <p>・難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条の規定に基づき申請します。 ・児童福祉法施行規則第7条の11</p>					
申請区分 (該当に○)		難病指定医 ・ 協力難病指定医 ・ 小児慢性特定疾病指定医			
生年月日		年 月 日			
医籍登録番号		医 籍 登 録 年 月 日		年 月 日	
す① れ又 かは を② を記 の載 い	① 専門医の 名 称	専門医の 認定機関 (学会)	専門医の 有効期間	年 月 日迄	
	② 研修の 名 称	(難病) (小児慢性)	研 修 了 日	年 月 日	
<p>※ 上記①又は②の記載要領 ①専門医要件での難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合に記載。 ②指定医の研修了資格による難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合、もしくは協力難病指定医の申請の場合に記載。</p>					
主たる 勤務先の 医療機関	難病 指定医	医療機関名			
		所在地	〒		
		電話番号			
		担当する 診療科			
	小児慢性 特定疾病 指定医	医療機関名			
		所在地	〒		
		電話番号			
		担当する 診療科			
添付書類					
<p>1. 医師免許証の写し(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと) 2. 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請の場合は、専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修了を証明する書類の写し 3. 協力難病指定医の申請の場合は、協力難病指定医の研修了を証明する書類の写し</p> <p style="text-align:right">(裏面に続く)</p>					

様式第1号 (表面)

様式第1号		難病指定医・協力難病指定医 小児慢性特定疾病指定医		指定申請書	
島根県知事 様		氏名		年 月 日	
		住所 〒			
		電話番号			
<p>・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いので、 ・児童福祉法第19条の3第1項</p> <p>・難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条の規定に基づき申請します。 ・児童福祉法施行規則第7条の11</p>					
申請区分 (該当に○)		難病指定医 ・ 協力難病指定医 ・ 小児慢性特定疾病指定医			
生年月日		年 月 日		性 別	男 ・ 女
医籍登録番号		医 籍 登 録 年 月 日		年 月 日	
す① れ又 かは を② を記 の載 い	① 専門医の 名 称	専門医の 認定機関 (学会)	専門医の 有効期間	年 月 日迄	
	② 研修の 名 称	(難病) (小児慢性)	研 修 了 日	年 月 日	
<p>※ 上記①又は②の記載要領 ①専門医要件での難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合に記載。 ②指定医の研修了資格による難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合、もしくは協力難病指定医の申請の場合に記載。</p>					
主たる 勤務先の 医療機関	難病 指定医	医療機関名			
		所在地	〒		
		電話番号			
		担当する 診療科			
	小児慢性 特定疾病 指定医 <small>(松江市内の 医療機関を除く)</small>	医療機関名			
		所在地	〒		
		電話番号			
		担当する 診療科			
添付書類					
<p>1. 医師免許証の写し(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと) 2. 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請の場合は、専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修了を証明する書類の写し 3. 協力難病指定医の申請の場合は、協力難病指定医の研修了を証明する書類の写し</p> <p>※ 小児慢性特定疾病指定医の申請で、松江市・松江市外両方に勤務があり、かつ、診断書の作成を両方で行う場合は、島根県と松江市それぞれに申請が必要です。</p> <p style="text-align:right">(裏面に続く)</p>					

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第1号（裏面）

○ 主たる勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☒を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	

経 歴 書

※5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。

診断又は治療に従事した期間	従事した診療科	従事した医療機関名
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
合計 期間	計 年 か月	

様式第2号～第2号の2【略】

様式第1号（裏面）

○ 表面の勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☒を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	

経 歴 書

※5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。

診断又は治療に従事した期間	従事した診療科	従事した医療機関名
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
自 年 月		
至 年 月		
合計 期間	計 年 か月	

様式第2号～第2号の2【略】

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第3号 (表面)

様式第3号 (表面)

様式第3号 難病指定医・協力難病指定医 変更届出書
小児慢性特定疾病指定医

島根県知事 様

指定医番号
医師氏名

年 月 日

・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・
・児童福祉法第19条の3第1項 以下に規定する指定医の指定について、
以下の事項について変更があったため届け出ます。

申請区分 (該当に○)		難病指定医		協力難病指定医		小児慢性特定疾病指定医	
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名					
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)				
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号					
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日				
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関	難病指定医	医療機関名			
所在地				〒			
電話番号							
担当する診療科							
小児慢性特定疾病指定医		医療機関名					
		所在地	〒				
		電話番号					
		担当する診療科					

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)
1. 変更のない事項については記載不要。
2. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

(裏面に続く)

様式第3号 難病指定医・協力難病指定医 変更届出書
小児慢性特定疾病指定医

島根県知事 様

指定医番号
医師氏名

年 月 日

・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・
・児童福祉法第19条の3第1項 以下に規定する指定医の指定について、
以下の事項について変更があったため届け出ます。

申請区分 (該当に○)		難病指定医		協力難病指定医		小児慢性特定疾病指定医	
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名					
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)				
	<input type="checkbox"/>	医籍登録番号					
	<input type="checkbox"/>	医籍登録年月日	年 月 日				
	<input type="checkbox"/>	主たる勤務先の医療機関	難病指定医	医療機関名			
所在地				〒			
電話番号							
担当する診療科							
小児慢性特定疾病指定医 (松江市内の医療機関を除く)		医療機関名					
		所在地	〒				
		電話番号					
		担当する診療科					

上記の変更のあった年月日 年 月 日

(備考)
1. 変更のない事項については記載不要。
2. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。
※ 小児慢性特定疾病指定医の届出で、松江市・松江市外両方に勤務があり、かつ、診断書の作成を両方で行う場合は、島根県と松江市それぞれに届出が必要です。

(裏面に続く)

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第3号（裏面）

○ 主たる勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関に追加又は変更があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☑を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	

様式第3号（裏面）

○ **表面の**勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関に追加又は変更があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☑を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する 診療科	

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第4号 (表面)

様式第4号		難病指定医・協力難病指定医 小児慢性特定疾病指定医		更新申請書		年 月 日	
島根県知事 様		指定医番号		医師氏名			
<p>・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・ ・児童福祉法第19条の3第1項 に規定する指定医の指定について 更新したいので、以下のとおり申請します。</p>							
申請区分 (該当に○)		難病指定医		協力難病指定医		小児慢性特定疾病指定医	
① れ又は か又は を② を記 載い す	①	専門医の 名 称	専門医の 認定機関 (学会)	専門医の 有効期間	年 月 日迄		
	②	研 修 の 名 称	(難病) (小児慢性)	研 修 了 日	年 月 日		
変 更 の あ る 事 項 に チ ェ ッ ク し 、 変 更 後 の 内 容 を 記 載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名					
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒 (電話番号)				
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 番 号					
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日				
<input type="checkbox"/>	主たる 勤務先の 医療機関	難 病 指 定 医	医療機関名				
			所 在 地	〒			
			電 話 番 号				
	小児慢性 特定疾病 指 定 医	担当する 診 療 科					
		医療機関名					
		所 在 地	〒				
		電 話 番 号					
		担当する 診 療 科					
添付書類							
1. 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修修了を証明する書類の写し 2. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し 3. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し							
(裏面に続く)							

様式第4号 (表面)

様式第4号		難病指定医・協力難病指定医 小児慢性特定疾病指定医		更新申請書		年 月 日	
島根県知事 様		指定医番号		医師氏名			
<p>・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・ ・児童福祉法第19条の3第1項 に規定する指定医の指定について 更新したいので、以下のとおり申請します。</p>							
申請区分 (該当に○)		難病指定医		協力難病指定医		小児慢性特定疾病指定医	
① れ又は か又は を② を記 載い す	①	専門医の 名 称	専門医の 認定機関 (学会)	専門医の 有効期間	年 月 日迄		
	②	研 修 の 名 称	(難病) (小児慢性)	研 修 了 日	年 月 日		
変 更 の あ る 事 項 に チ ェ ッ ク し 、 変 更 後 の 内 容 を 記 載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名					
	<input type="checkbox"/>	連 絡 先	〒 (電話番号)				
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 番 号					
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日				
<input type="checkbox"/>	主たる 勤務先の 医療機関	難 病 指 定 医	医療機関名				
			所 在 地	〒			
			電 話 番 号				
	小児慢性 特定疾病 指 定 医 <small>(松江市内の 医療機関を 除く)</small>	担当する 診 療 科					
		医療機関名					
		所 在 地	〒				
		電 話 番 号					
		担当する 診 療 科					
添付書類							
1. 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修修了を証明する書類の写し 2. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し 3. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し ※ 小児慢性特定疾病指定医の申請で、松江市・松江市外両方に勤務があり、かつ、診断書の作成を両方で行う場合は、島根県と松江市それぞれに申請が必要です。							
(裏面に続く)							

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第4号（裏面）

主たる勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☑を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	

様式第4号（裏面）

表面の勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関があれば記載し、かつ、該当する指定医区分（難病・小児慢性）に☑を入れてください。

1	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
2	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
3	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
4	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	
5	<input type="checkbox"/> 難病	医療機関名			
	<input type="checkbox"/> 小児慢性	所在地	〒		
		電話番号		担当する診療科	

島根県小児慢性特定疾病指定医指定要領 一部改正
新旧対照表

新

旧

様式第5号

様式第5号

難病指定医・協力難病指定医
小児慢性特定疾病指定医

辞退届

年 月 日

島根県知事 様

指定医番号

医師氏名

・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・
・児童福祉法第19条の3第1項

に規定する指定医の指定について
以下のとおり指定を辞退します。

指定医氏名			
連絡先	〒 (電話番号)		
主たる勤務先の医療機関	難病指定医	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
	小児慢性特定疾病指定医	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
辞退理由			

* 辞退届の記載事項については、法令で定めるものはないため、適宜省略可。

様式第5号

様式第5号

難病指定医・協力難病指定医
小児慢性特定疾病指定医

辞退届

年 月 日

島根県知事 様

指定医番号

医師氏名

・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・
・児童福祉法第19条の3第1項

に規定する指定医の指定について
以下のとおり指定を辞退します。

指定医氏名			
連絡先	〒 (電話番号)		
主たる勤務先の医療機関	難病指定医	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
	小児慢性特定疾病指定医 <small>(松江市内の医療機関を除く)</small>	医療機関名	
		所在地	〒
		電話番号	
		担当する診療科	
辞退理由			

* 辞退届の記載事項については、法令で定めるものはないため、適宜省略可。