（様式第５号）

　群馬県難病医療協力病院指定事項変更届

　　　　　　　年　　　月　　　日

群馬県知事　　　　あて

　　　病院所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 病院名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者職名・氏名

　群馬県難病医療ネットワーク推進事業実施要綱第11条第5項の規定により、下記のとおり群馬県難病医療協力病院の指定疾患分野における担当責任者の変更を届出ます。

記

**１　変更疾患分野　＊変更のある疾患分野に○をして下さい。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ＊変更  分野 | 疾 患 分 野 | 担当責任者（医師名） ＊必須 | | 備考（変更にあたり、特記することがあれば記載してください。） |
| 役　職 | 氏　名 |
|  | 1. 消化器系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 神経・筋疾患 |  |  |  |
|  | 1. 免疫性疾患 |  |  |  |
|  | 1. 血液系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 循環器系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 呼吸器系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 皮膚･結合組織疾患 |  |  |  |
|  | 1. 内分泌系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 腎・泌尿器系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 骨・関節系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 視覚系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 代謝系疾患 |  |  |  |
|  | 1. 耳鼻科、聴覚・   平衡機能系疾患 |  |  |  |

＊現在指定を受けている疾患分野に係る、担当責任者の変更届であり、新たな疾患分野を追加する

ことはできません。また、指定を辞退する場合は、様式第4号を使用してください。

なお、変更にあたり特記することがあれば、備考欄に記載してください。

２　**次の①～③の項目について誓約の上、難病医療協力病院の変更届を提出します。**

　【 **誓約項目 】**

①難病医療協力病院としての役割を担うことができる。

　②診断医療機関、かかりつけ医療機関との連携のもと難病患者の診療を行う。

　③難病指定医又は協力難病指定医がいる。（疾患分野は問わず、非常勤でも可。）

　④指定申請に当たり院内に周知し、担当医からコンセンサスを得ている。