

指定医指定申請書

京都府知事 様

年 月 日

医師氏名

印

(※自署または押印)

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、同法施行規則第15条の規定により、下記のとおり申請します。

| | | | |
|--|--|---------------------------------|---|
| ふりがな 指定医氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 連絡先 | 〒 (電話番号) | | |
| 医籍登録番号 | | 医籍登録年月日 | 年 月 日 |
| 申請区分 (いずれかに○) | 難病指定医 (新規及び更新の支給認定のための 診断書の双方の作成が可能) | | 協力難病指定医 (更新の支給認定のための 診断書の作成のみが可能) |
| ①又は②のいずれかを記載※ | ① | 専門医の 資格の名称 (有効期間 年 月 日まで) | 専門医の 認定機関 |
| | ② | 研修を受講した 都道府県又は 指定都市名 | 研修 了日 年 月 日 |
| ※上記①又は②の記載要領 ①を記載する場合：専門医資格による難病指定医の申請の場合。 ②を記載する場合：都道府県あるいは政令指定都市が実施する指定医の養成に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合。 | | | |
| 主たる勤務先の 医療機関 | 医療機関名 | | |
| | 所在地 | 〒 | |
| | 電話番号 | | |
| | 担当する 診療科 | | |
| 診断又は治療に従事した 期間及び病院等の名称 (5年以上の実務経験がある ことが分れば、全ての経歴 を御記載いただく必要はあり ません。) | 従事した期間 | 従事した病院等の名称 | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | |
| | 年 月 ~ 年 月 | | |
| 計 | 年 ヶ月 | | |

添付書類

- 医師免許証の写し
- 下記の①または②のいずれかを添付してしてください。
 - ① 専門医に認定されていることを証明する書類(写し可)
※専門医資格により「難病指定医」の申請を行う場合、添付が必要です。
申請日以降も専門医に認定されていることが分かる書類(専門医証等)の提出をお願いいたします。
 - ② 難病指定医 又は 協力難病指定医 の研修修了を証明する書類(写し可)
※研修修了資格により「難病指定医」又は「協力難病指定医」の申請を行う場合、添付が必要です。