

指定医指定申請書

令和〇年 〇月 〇〇日

京都府知事 様

医師氏名 京都 花子

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、
者に対する医療等に関する法律施行規則第15条の規定により、下記のとおり申請しま

押印は不要となりました。

ふりがな 指定医氏名	きょうと はなこ 京都 花子	生年月日	昭和〇〇年 〇月〇〇日	
連絡先 (医師の住所)	〒 6〇〇-〇〇〇〇 京都府〇〇〇市〇〇××番地の△△ (電話番号 07〇〇-〇〇-〇〇〇〇)			
医籍登録番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇	医籍 登録年月日	平成〇〇年〇〇月〇〇日	
申請区分 (いずれかに〇)	● 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	〇〇専門医 (有効期間 令和X年 X月XX日まで)	専門医の 認定機関	日本〇〇学会
	② 研修を受講した 都道府県又は 指定都市名	京都府	研修 了日	令和〇年 〇月 〇日
※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	医療法人〇〇会 〇〇病院		
	所在地	〒 6〇〇-〇〇〇〇 京都府〇〇市〇〇〇〇△△番地		
	電話番号	077〇-〇〇-〇〇〇〇		
	担当する 診療科	神経内科		
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		
	平成20年 4月 ~平成30年 3月	〇〇〇病院		
	平成30年 4月 ~ 令和2年 3月	〇〇〇〇クリニック		
	令和2年 4月 ~ 年 月	医療法人〇〇会 〇〇病院		
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
計	13年 〇ヶ月			

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。