

指定医指定申請書(新規)

申請日 年 月 日

(宛先)京都市長

医師氏名

住所 〒 -

電話番号

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。

生年月日		年 月 日					
医籍登録番号				医 籍 登録年月日		年 月 日	
申請区分		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 記入 (※)	①	専門医の 資格の名称		専門医の 認定機関			
	②	研修を受けた 都道府県又は 指定都市名		研 修 終了日		年 月 日	
※ 上記の①又は②の記入要領 ①: 専門医資格による難病指定医の申請の場合。 ②: 都道府県又は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					
		医療機関コード					
		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分 かれば、全ての経歴を御記入 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					
		計 年 ヶ月					

添付書類

- 医師免許証の写し
- 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」の申請を行う場合のみ添付が必要です。
- 難病指定医研修終了を証明する書類(写し可)
※研修終了資格により「難病指定医」又は「協力難病指定医」の申請を行う場合のみ添付が必要です。

【裏面】

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名	
	所在地	〒 -
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	