

## 指定医指定更新申請書

申請日 年 月 日

(宛先)京都市長

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項に規定する医師の指定について更新したいので、下記のとおり申請します。

| 申請区分   |                          | 難病指定医<br>(新規及び更新の支給認定のための<br>診断書の双方の作成が可能) | 協力難病指定医<br>(更新の支給認定のための<br>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<br>年 月 日                          |   |
| ※ 上記の①又は②の記入要領<br>①: 専門医資格による難病指定医の申請の場合。<br>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。 |                          |  |   |   |
| 変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記入  | <input type="checkbox"/> | 指定医氏名                                      |   |   |
|  | <input type="checkbox"/> | 連絡先  | 〒<br>(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                                | 医療機関名                                   |   |
|  |                          |  | 医療機関コード                                 |   |
|  |                          |  | 所在地                                     | 〒<br>[京都市外の場合]<br>所在地の都道府県・指定都市への申請状況: <input type="checkbox"/> 申請済 <input type="checkbox"/> 今後申請予定 |
| 電話番号   |                          |  |   |   |
|  |                          | 担当する診療科                                    |   |   |

## 添付書類

- 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」の申請を行う場合のみ添付が必要です。
- 2 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。
- 3 医師免許証の写し