

指定医指定申請書

年 月 日

高知県知事 様

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		
医籍の登録番号		登録年月日	年 月 日
申請区分	難病指定医 ・ 協力難病指定医		
①又は②のいずれかに記載	①	専門医の資格の名称	専門医の認定機関
	②	研修の名称	研修修了日
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」の申請の場合に記載してください。 ②を記載する場合：都道府県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」の申請の場合に記載をしてください。			
主たる勤務先の医療機関	名 称		
	所 在 地	〒	
	電話番号		
	担当する診療科目		

添付書類

- 1 (様式第1号別紙) 及び経歴書 (様式第2号)
- 2 医師免許証の写し
- 3 「難病指定医」の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類 (写し) 又は「難病指定医」の研修修了を証明する書類 (写し)
- 4 「協力難病指定医」の申請の際は、「協力難病指定医」の研修修了を証明する書類 (写し)

(様式第1号別紙)

○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	

指定医指定申請書

年 月 日

高知県知事 様

医師氏名 **高知 次郎**

住 所 〒

電話番号

「難病指定医」又は「協力難病指定医」のどちらか申請する指定医に○を記入してください。

難病の患者に対する医療に関する法律第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			
医籍の登録番号		第〇〇〇〇〇〇号	登録年月日	平成××年×月×日	
申請区分		○難病指定医		・ 協力難病指定医	
①又は②のいずれかに記載	①	専門医の資格の名称	総合内科専門医	専門医の認定機関	日本内科学会
	②	研修の名称	(協力) 難病指定医 オンライン研修	研修修了日	令和〇〇年〇月〇日
<p>上記①又は②の記載要領</p> <p>①を記載する場合：専門医資格による「難病指定医」の申請の場合に記載してください。</p> <p>②を記載する場合：都道府県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」の申請の場合に記載をしてください。</p> <p>なお、経過的特例による「難病指定医」の申請の場合は、①と②のいずれの記載も不要。</p>					
主たる勤務先の医療機関	名 称	〇〇法人 〇〇病院			
	所 在 地	〒780-〇〇〇〇 高知市□□町□丁目□番地			
	電話番号	088-823-〇〇〇〇			
	担当する診療科目	内科			

添付書類

- 1 (様式第1号別紙) 及び経歴書 (様式第2号)
- 2 医師免許証の写し
- 3 「難病指定医」の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類 (写し) 又は「難病指定医」の研修修了を証明する書類 (写し)
- 4 「協力難病指定医」の申請の際は、「協力難病指定医」の研修修了を証明する書類 (写し)

○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	

様式第 1 号の「主たる勤務先の医療機関」以外で、県内の医療機関において、臨床調査個人票を作成する可能性がある医療機関を記載。

