## 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								登錄	录年月日		年	月	日	
	申請区分						難病	指定医		•	3力難病指 <i>"</i>	定医		
ずれかに記載	ず ① ① れ 又 か は			] 医 のの名称						門医の 定機関				
に ② の い	2	7	开修	の名称					研修	修了日				
上記①又は②の記載要領										•				
①を <b>記</b>	記載する	る場	合: 〕	専門医資格	らによる	「難病	指定医	の申請の	の場合	に記載し	てください。	)		
②を 記	記載する	る場	合: †	都道府県カ	実施する	指定	医の養用	成に係る研	开修受	講による	「難病指定」	医」又は	「協力	難病
指定	定医」(	の申	請の	場合に記載	をしてく	くださ	い。							
			名	称										
主たるの医療			所	在 地	〒									
		天]	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)

### ○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	〒
0	電話番号	
	担当する 診 療 科	
	医療機関名	
4	所 在 地	〒
4 -	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	

# 経 歴 書

フリガナ					生	年月日	
氏 名					年	月	日
診断又は 従事し			診療科	従	事した医療機関	関名	
~	年年	月 月					
~	年年	月 月					
~	年年	月 月					
~	年 年	月 月					
~	年 年	月 月					
~	年 年	月 月					
~	年 年	月 月					
~	年 年	月 月					
~	年 年	月 月					
~	年 年	月 月					
~	年 年	月 月					
~	年 年	月月					
~	年 年	月 月					

### 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

「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。 住 所 〒

電話番号

難病の患者に対する医 ので、同法施行規則第15% 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 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0000号 登録年月日 平月		平成××年× 月×日
	申詞	請区分	難病指定医・協力難病指定医		
ずれかは	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
に ② の い	2	どちらかに記入   研修の名称	「協力)難病指定医 オンライン研修	研修了日	令和〇〇年〇 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。

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。

	名 称	OO法人 OO病院
主たる勤務先 の 医 療 機 関	所 在 地	〒780-000 高知市口口町口丁目口番地
	電話番号	088-823-0000
	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	様式第1号の「主たる勤務先の
	所 在 地	〒 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
	電話番号	を作成する可能性がある医療 機関を記載。
	担当する 診療科	次   大
2 -	医療機関名	
	所 在 地	〒
2	電話番号	
	担当する 診 療 科	
3 -	医療機関名	
	所 在 地	〒
J	電話番号	
	担当する 診療科	
	医療機関名	
4	所 在 地	〒
4	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	

## 経 歴 書

フリガナ	コウチ ジ	ロウ	生年月日
氏 名	高知 次郎	3	年 月 日
診断又は 従事し		診療科	従事した医療機関名
	3年 4月 2年 3月	内科	□□病院
	2年 4月 6年 3月	内科	△△病院
	6年 4月 6年10月	内科	〇〇病院
~	年月		
~	年 月 年 月		
~	年月年月		
~	年 月 年 月		
~	年 年 月		
~	年 月 年 月		