

指定医指定申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

北海道知事 様

医師氏名 北 海 太 郎

〒〇〇〇-〇〇〇〇
住 所 江別市中央区北3条西6丁目〇番〇号

電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇

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、次のとおり

指定医研修を実施するまでの間は、難病指定医のみ申請を受付します。

生年月日	昭和 〇〇年〇〇月〇日	別	男・女
医籍登録番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇	医籍登録年月日	平成 〇〇年〇〇月〇日
申請区分 (いずれかに○)	難病指定医 ・ 協力難病指定医		
① 又は ②の いずれかを 記載(※)	① 専門医の 認定機関	日本内科学会	資格の名称 総合内科専門医
	② 研修の 名称		研修了日 〇〇年〇〇月〇〇日
※ 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	健康安全局病院	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 江別市中央区北3条西6丁目〇番〇号	
	電話番号	(〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	
	担当する 診療科	〇〇〇科	

【別表】厚生労働大臣が定める学会が認定する専門医の資格から記載してください。

この区分による申請は、指定医研修実施後から受付します。

添付書類

1. 経歴書(様式第2号)【5年以上の実務経験を確認できる任意様式も可】
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(写し可)
又は難病指定医の研修修了を証明する書類(写し可)
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(写し可)