

指定医指定申請書

令和 年 月 日

長崎県知事 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。

医籍登録番号						医 籍 登録年月日	昭 和 平 成 令 和	年 月 日
申請区分	難病指定医 協力難病指定医		生年月日		昭 和 平 成 令 和			年 月 日
① 又は②の いずれか を記載 (※)	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	平 成 令 和	年 月 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。 なお、経過的特例による難病指定医の指定申請を行う場合は、①と②のいずれも記載不要。								
主たる勤務先の 医療機関	医療機関名							
	所在地		〒					
	電話番号							
	担当する 診療科							

添付書類

1. 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）
(裏面に続く)

(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	