

指定医指定申請書

年 月 日

(宛先) 新潟市長

医師氏名

郵便番号

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項に規定する指定医の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女
医籍登録番号	医籍登録年月日	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 年 月 日
主たる勤務先の医療機関	医療機関名		
	所在地	郵便番号	
	電話番号		
	担当する診療科		
指定難病の診療実績	主な疾病名：		

※ 専門医資格による難病指定医の申請の場合は、①を記載してください。
都道府県等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は、②を記載してください。
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です。

添付書類

- 1 経歴書（添付書類3の専門医に認定されていることを証明する書類を添付する場合は、省略できます。）
- 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）

(裏面に続きます。)

○ 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	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
2	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	郵便番号
	電話番号	
	担当する診療科	