

指定医指定申請書兼経歴書

東京都知事 殿

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。

申請日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

新規 ・更新	(更新の場合) 指定医番号		1	3	〇	0	0	0	0	0	0	0
ふりがな	とちょう たろう		電話番号	090-0000-0000								
氏名	都庁 太郎		メールアドレス	t-tocho@xxx.xxx								
右の欄①及び②について、旧姓の使用等、上記氏名とは異なる氏名を (希望する・希望しない)			①ホームページ掲載氏名※1 (希望する場合のみ記載してください。)									
			②指定通知書印字氏名※1 (希望する場合のみ記載してください。)									
現住所	〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1		自宅住所を御記入ください。									
生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日				年齢	〇〇歳						
医籍登録番号	第000000号		医籍登録年月日	平成〇〇年××月△△日								
医師免許証に記載されている番号を御記入ください。	名称	医療法人社団〇〇会 都庁病院										
	所在地	〒111-1111 東京都新宿区〇				開設許可を受けた際の名称、所在地等を正確に御記入ください(法人名の有無や建物名等)。						
	電話番号	03-0000-0000										
の医療機関	担当する診療科名	内科、外科、消化器内科										
	従事した期間		従事した病院等の名称									
診断又は治療に従事した期間(直近5年間)及び病院等名称 ※2	平成24年4月～平成25年3月		〇〇診療所									
	平成25年4月～平成27年3月		××クリニック									
	平成27年4月～令和3年7月		医療法人社団〇〇会 都庁病院									
	令和3年7月～年 月		△△クリニック									
	年 月～年 月											
計		12年 4か月										
申請区分	難病指定医・協力難病指定医 (どちらかに〇を付けてください。)											
専門医資格 ※3	専門医の名称	総合内科専門医			専門医の認定機関(学会名)	日本内科学会						
	有効期間	R5年4月1日～R10年3月31日										
知事等が行う研修 ※4	研修名称	指定医オンライン研修			研修修了年月日	令和6年 7月 1日						

- ※1 ホームページ掲載氏名(東京都のホームページに掲載する氏名)及び指定通知書印字氏名(指定医指定通知書に印字する氏名)について、希望する場合は、申請書に添付してください。
- ※2 「従事した期間」欄に記入する期間は、医師免許証に記載されている期間と一致させる必要があります。また、医師免許証に記載されていない期間も、医師免許証の写しを添付してください。
- ※3 「専門医資格」欄に記入する専門医資格は、厚生労働省が定める認定機関の認定する専門医資格が必要です。当該専門医資格を証する書類(有効期間がわかるもの)を添付してください。
- ※4 「知事等が行う研修」欄に記入する研修は、難病指定医向けオンライン研修修了証(難病指定医の指定に係る研修の受講完了後、研修サイトからダウンロードした「修了証」)を添付してください。
- 【添付書類】
- 医師免許証の写し
 - 専門医の認定証の写し(有効期間が記載されているものに限る。) ※専門医資格により「難病指定医」の申請を行う場合のみ添付が必要です。
 - 知事等が行う研修を修了したことを証明する書類 ※研修修了資格により「難病指定医」又は「協力難病指定医」の申請を行う場合のみ添付が必要です。