

## 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

<b>新規</b> ・ <b>更新</b>	(更新の場合) 指定医番号	1	3	○	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 ・ <b>希望しない</b> )		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					
主たる勤務元 の医療機関	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										
担当する診療科名	内科、外科、消化器内科											
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	従事した期間					従事した病院等の名称						
	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 ・ <b>協力難病指定医</b> (どちらかに○を付けてください。)											
専門医資格 ※3	専門医の名称										専門医の認定機関(学会名)	
	有効期間											
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、指定通知書に印字する氏名を添付してください。

※2 「従事した期間」の欄は、従事した期間を記載してください。また、研修修了年月日:「修了証の最下部に印字されている日付」

※3 「専門医資格」の欄は、専門医資格により「難病指定医」の申請を行う場合のみ記載してください。

※4 「知事等が行う研修」の欄は、専門医資格により「難病指定医」の申請を行う場合は記載不要です。

**【添付書類】**

- 1 医師免許証の写し
- 2 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。
- 3 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。

**【指定医オンライン研修】**  
⇒研修名称:「協力難病指定医オンライン研修」  
研修修了年月日:「修了証の最下部に印字されている日付」