

## 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
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「〇」を記入する場合は、申請書に添付してください。

※3 「専門医資格」欄に「〇」を記入する場合は、申請書に添付してください。

※4 「知事等が行う研修」欄に「〇」を記入する場合は、申請書に添付してください。

**【専門医資格による指定を希望される場合】**

- 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。

**【研修による指定を希望される場合】**

- 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。

1 医師免許証の写し(有効期間が記載されているものに限る。)

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。)

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。