

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	○	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							
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									
	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							
	年 月 ~ 年 月										
	年 月 ~ 年 月										
計 9年 4か月											
申請区分	<input checked="" type="radio"/> 難病指定医 ・ <input type="radio"/> 協力難病指定医 (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	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	H30年4月1日~R5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3年 8月 1日					

医師免許証に記載されている番号を御記入ください。

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)。

- ※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、指定医指定申請書に添付してください。
- ※2 「従事した期間」は、平成24年4月1日以前に終了した期間を除き、平成24年4月1日以後に終了した期間を指します。また、従事を終了した日から起算して5年以内の期間とします。
- ※3 「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」は、難病指定医の指定に係る研修(平成29年度以降に開催された研修)を修了していることが必要です。当該研修の修了証書を添付してください。
- 【添付書類】
- 医師免許証
 - 専門医の認定機関の認定する専門医資格を証する書類
 - 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。