

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

<input checked="" type="radio"/> 新規	<input type="radio"/> 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・ <input checked="" type="radio"/> 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										
の医療機関	所在地	〒111-1111 東京都新宿区〇〇										
	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	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						

- ※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、希望する場合は添付してください。
- ※2 「従事した期間」は、診断又は治療に従事した期間を指します。また、
- ※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。
- ※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。
- 【添付書類】
- 1 医師免許証
- 2 専門医資格の認定機関が発行する書類
- 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。