

## 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> <input type="radio"/> <b>更新</b> <input checked="" type="radio"/>	(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 <input type="radio"/> <b>希望しない</b> <input checked="" type="radio"/> )			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	難病指定医 <input type="radio"/> <b>協力難病指定医</b> <input checked="" type="radio"/> (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					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、従事を終了した場合は、終了年月日を記載してください。
- ※3 「専門医資格」の欄は、専門医資格により「難病指定医」の申請を行う場合は記載不要です。
- ※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。

**【指定医オンライン研修】**  
 ⇒研修名称:「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」  
 ・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。

- 【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。