

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 年 月 日

新規・更新	(更新の場合) 指定医番号							
ふりがな				電話番号				
氏名				メールアドレス				
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	〒 -							
生年月日	年 月 日			年齢	歳			
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	年 月 日				
主たる勤務先の医療機関	名称							
	所在地							
	電話番号							
	担当する診療科名							
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				
	年	月	～	年	月			
	年	月	～	年	月			
	年	月	～	年	月			
	年	月	～	年	月			
	計			年	か月			
申請区分	難病指定医・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				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				研修修了年月日	年 月 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、上記「氏名」欄とは異なる氏名を希望する場合は、希望する氏名を記載し、両方の氏名が確認できる書類を添付してください(医師免許証の写しで確認ができる場合は別途確認用の書類を添付する必要はありません)。
- ※2 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載してください。
- ※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。