

指定医指定申請書兼経歴書

記入例

宮城県知事 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 6年 ●月 ●日

新規	更新	(更新の場合) 指定医番号	0	4	●	0	0	0	0	0	0	0
フリガナ氏名	フリガナ氏名	ミヤギ タロウ	電話番号	090-0000-0000								
	フリガナ氏名	宮城 太郎	メールアドレス	m-miyagi@xxx.xxx								
現住所	〒 980-8570 宮城県仙台市青葉区本町3丁目8番1号											
生年月日	昭和〇〇年××月△△日			性別	男	女	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							
主たる勤務先の医療機関	名称	医療法人社団〇〇会 〇〇病院										
	所在地	〒 xxx-xxxx 宮城県〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号										
	電話番号	022-000-0000										
	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 ※1	従事した期間						従事した病院等の名称					
	平成 25 年 4 月 ~ 平成 27 年 3 月						〇〇診療所					
	平成 27 年 4 月 ~ 平成 29 年 3 月						××クリニック					
	平成 30 年 4 月 ~						医療法人社団〇〇会 〇〇病院					
	年 月 ~ 年 月						現在に至る					
	年 月 ~ 年 月											
	計 10 年 月											
申請区分 (いずれかに○を付けてください。)	難病指定医 協力難病指定医											
専門医資格 ※2	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	平成 31 年 4 月 1 日 ~ 令和 ●年 ●月 ●日										
知事が行う研修 ※3	研修名称	オンライン研修			研修修了年月日	令和 6 年 ●月 ●日						



【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】

- 難病指定医の指定に係る研修(オンライン)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。