

# 指定医指定申請書

(あて先) 福岡市長

申請日 年 月 日

フリガナ

医師氏名

住 所 〒

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第121号）第15条の規定により、下記のとおり申請します。

生 年 月 日	年 月 日	性 別	男 ・ 女
医 籍 登 録 番 号	.....	医 籍 登 録 年 月 日	年 月 日
申 請 区 分 (い ず れ か に ○)	難 病 指 定 医 ・ 協 力 難 病 指 定 医		
①又は②のいずれかを記載(※)	① 専 門 医 の 資 格 の 名 称	専 門 医 の 認 定 機 関	
	② 研 修 の 名 称	研 修 了 日	年 月 日
※ 上記①又は②の記載要領 【①を記載する場合】 専門医資格による難病指定医の申請の場合。 【②を記載する場合】 都道府県又は指定都市が実施する指定医の養成に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合。			
主たる勤務先の医療機関	医 療 機 関 名		
	所 在 地	〒	
	電 話 番 号		
	担 当 す る 診 療 科 名		

## 添付書類

- 1 経歴書（別紙1）
- 2 医師免許証の写し
- 3 難病指定医の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）  
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
- 4 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）

(裏面に続く)

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	

指定医指定申請書

(あて先) 福岡市長

申請日 令和 ○○年○○月○○日

フリガナ フクオカ ハナコ

医師氏名 福岡 花子

〒819-0005

住所 福岡市西区内浜1丁目1-1

電話番号 092-123-4567

ご自宅の住所を記入してください。

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等（平成26年厚生労働省令第121号）第15条の規定により、下記のとおり申請

医師免許証に記載されている番号を記載してください。

生年月日	平成○○年○○月○○日	性別	男・女
医籍登録番号	1 2 3 4 5 6	医籍登録年月日	平成○○年○○月○○日
申請区分 (いずれかに○)	難病指定医 ・ 協力難病指定医		
①又は②のいずれかを記載(※)	① 専門医の資格の名称	総合内科専門医	専門医の認定機関 日本内科学会
	② 研修の名称		研修了日 年 月 日
※ 上記①又は②の記載要領 【①を記載する場合】 専門医資格による難病指定医の申請の場合。 【②を記載する場合】 都道府県又は指定都市が実施する指定医の養成に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合。			
主たる勤務先の医療機関	医療機関名	医療法人 ○○会 ○○病院	
	所在地	〒810-0001 福岡市中央区天神1丁目8-1	
	電話番号	092-111-2222	
	担当する診療科名	内科	

添付書類

- 1 経歴書（別紙1）
- 2 医師免許証の写し
- 3 難病指定医の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）  
又は難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）
- 4 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類（写し可）

(裏面に続く)

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名	△△診療所
	所在地	〒123-4567 福岡市中央区天神1丁目10-1
	電話番号	092-333-4444
	担当する 診療科名	内科
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する 診療科名	