

指定医指定申請書（新規・更新）

年 月 日

相模原市長 あて

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条の規定により、下記のとおり申請します。

フリガナ 氏名				
	生年月日	年	月	日
医籍の登録番号	第	号	医籍の登録年月日	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			
連絡先 <small>※どちらかにチェック</small>	<input type="checkbox"/> 主たる勤務先と同じ 〒 — <input type="checkbox"/> 主たる勤務先と異なる (電話番号：)			
診断又は治療に 従事した期間 及び 医療機関の名称 <small>※5年以上の実務 経験があること がわかれば可</small>	従事した期間		従事した医療機関の名称	
	年	月	～	年 月
	年	月	～	年 月
	年	月	～	年 月
	年	月	～	年 月
申請区分	難病指定医			
指定開始希望日 <small>※新規申請の場合</small>	<small>※市から理由をお聞きすることがあります。</small> 年 月 日			
難病指定医 の 申請要件の 区分 <small>※①又は②の いずれかを 記載</small>	① 専門医 資格有	専門医の資格の名称		専門医の認定機関の名称
		(有効期限： 年 月)		
	② 研修の 受講	受講した難病指定医研修の名称		研修の修了日
				年 月 日

【添付書類】

- 1 医師免許証（又は医師資格証）の写し
- 2 専門医の資格を証明する書面の写し（有効期間の記載が必要） ※専門医資格により難病指定医の申請を行う場合のみ
- 3 難病指定医研修を修了したことを証明する書類 ※難病指定医研修の受講により申請を行う場合のみ。
※新規の申請で、研修の修了日が申請年度又は当該申請の前1年度より前の場合は、転勤前の主たる勤務先の医療機関が所在する都道府県又は指定都市が指定した際の指定通知の写しも必要です。