

指定医指定申請書

平成 年 月 日

〇〇〇都道府県知事 殿

医師氏名 印

〒
住 所

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、同法施行規則第15条の規定により、下記のとおり申請します。

生年月日	明 大 昭 平	治 正 和 成	年 月 日	性 別	男 ・ 女
医籍登録番号				医 籍 登録年月日	大 昭 平
申請区分	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	平成 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。 なお、経過的特例による難病指定医の指定申請を行う場合は、①と②のいずれも記載不要。					
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				

添付書類

1. 経歴書（様式第2号）
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	
2	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
3	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
4	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	
5	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	

経 歴 書

※5年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。

平成 年 月 日現在

フリガナ		性 別	生 年 月 日
氏 名	印	男 ・ 女	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; font-size: small; margin-right: 5px;"> 明 治 大 正 昭 和 平 成 </div> <div style="text-align: center;"> 年 月 日 </div> </div>
診断又は治療に 従事した期間	従事した診療科	従 事 し た 医 療 機 関 名	
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
自 年 月			
至 年 月			
合 計 従 事 期 間		計 年 か月	

指 定 通 知 書

殿

〇〇〇都道府県知事 〇〇 〇〇 印

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師として、平成〇〇年〇〇月〇〇日付けの申請に基づき、下記のとおり指定しますので通知します。

指定医氏名		生年月日	明 治 大 正 昭 平 和 成	年 月 日
連絡先	〒 (電話番号)			
医 籍 登録番号		医 籍 登録年月日	大 正 昭 平 和 成	年 月 日
指定医の種類	難 病 指 定 医 ・ 協 力 難 病 指 定 医			
指定医番号 (※)				
主たる 勤務先の 医療機関名		担当する 診療科		
医療機関の 所在地				
指定有効期間				

※ 指定医番号は、都道府県番号、指定医区分及び各都道府県が定める任意の番号を組み合わせたもの
(備考)

1. 指定医は、指定から5年ごとに研修の受講と更新申請が必要となります。
2. 上記の記載事項に変更があった場合は、変更の届出が必要となります。
3. 経過的特例により難病指定医に指定された場合には、平成29年3月31日までの間に指定医の研修を受けることが必要です。当該研修を受けなかった場合には、平成29年4月1日以降はその効力を失うこととなります。

* 指定通知の記載事項については、指定要領に定めるもの以外は適宜省略可。

指 定 変 更 届 出 書

〇〇〇都道府県知事 殿

指定医番号

医師氏名

印

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり申請事項の変更があったため届け出ます。

変 更 年 月 日		年 月 日						
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名						
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)					
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登録番号						
	<input type="checkbox"/>	医 籍 登録年月日	大 正 昭 和		年	月	日	
	<input type="checkbox"/>	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								

(備考)

1. 変更のない事項については記載不要。
2. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

(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の変更等

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

指定医指定更新申請書

平成 年 月 日

〇〇〇都道府県知事 殿

指定医番号

医師氏名

印

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について更新したいので、下記のとおり申請します。

申請区分		難病指定医		協力難病指定医		
記載 い① ず又 れは か② をの	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 修了日		
変更のある事項にチェックし、変更後の内容を記載	<input type="checkbox"/>	指定医氏名				
	<input type="checkbox"/>	連絡先	〒 (電話番号)			
	<input type="checkbox"/>	医籍 登録番号				
	<input type="checkbox"/>	医籍 登録年月日	大正 昭和 平成	年	月	日
	<input type="checkbox"/>	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					

添付書類

1. 難病指定医の更新申請の際は、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）
2. 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）
3. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写しを添付。

(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の変更等

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

指 定 通 知 書 (更新)

殿

〇〇〇都道府県知事 〇〇 〇〇 印

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師として、平成〇〇年〇〇月〇〇日付けの申請に基づき、下記のとおり指定を更新しますので通知します。

指定医氏名		生年月日	明 治 大 正 昭 和 平 成	年 月 日
連絡先	〒 (電話番号)			
医 籍 登録番号		医 籍 登録年月日	大 正 昭 和 平 成	年 月 日
指定医の種類	難 病 指 定 医 ・ 協 力 難 病 指 定 医			
指定医番号 (※)				
主 たる 勤務先の 医療機関名		担当する 診療科		
医療機関の 所在地				
指定有効期間				

※ 指定医番号は、都道府県番号、指定医区分及び各都道府県が定める任意の番号を組み合わせたもの

(備考)

1. 指定医は、指定から5年ごとに研修の受講と更新申請が必要となります。
2. 上記の記載事項に変更があった場合は、変更の届出が必要となります。

* 指定通知の記載事項については、指定要領に定めるもの以外は適宜省略可。

様式第7号

辞 退 届

平成 年 月 日

〇〇〇都道府県知事 殿

指定医番号

医 師 氏 名 印

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、下記のとおり指定を辞退します。

指定医氏名		
連絡先	〒 (電話番号)	
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	
辞退理由		

* 辞退届の記載事項については、法令で定めるものはないため、適宜省略可。