

## 指定医指定申請書

記入例

令和〇年〇月〇日

奈良県知事 殿

医師氏名 奈良 太郎

〒630-0000  
住 所 奈良市登大路町〇〇

電話番号 0742-22-××××

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、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

生年月日	昭和〇年〇月〇日	性別	男・女
医籍登録番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	医籍登録年月日	昭和〇年〇月〇日
申請区分	難病指定医・協力難病指定医		
① ② の い ず れ か を 記 載 す べ し （※）	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	難病指定医研修または協力 難病指定研修	研修 終了日 令和3年〇月〇日
①②のいずれかを記載のうえ、①の場合は専門医に認定されていることを証明する書類、②の場合は研修終了を証明する書類を添付してください。			
主たる勤務先の 医療機関	医療機関名	〇〇病院	
	所在地	〒630-0000 奈良市登大路町〇〇番地	
	電話番号	0742-22-〇〇〇〇	
	担当する 診療科	内科	

## 添付書類

- 経歴書
- 医師免許証の写し
- 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）
- 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	△△病院
	所在地	〒630-0000 奈良市二条大路南〇〇番地
	電話番号	0742-22-〇〇〇〇
	担当する診療科	内科
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	

