

指定医指定申請書

年 月 日

長野県知事 殿

ふりがな
医師氏名

連絡先（勤務先電話番号）

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	年 月 日		
医籍登録番号		医 籍 登録年月日	年 月 日
申請区分	難病指定医 ・ 協力難病指定医		
指定医の指定に関する事項（難病指定医は①又は②を記入、協力難病指定医は②を記入）			
①専門医の名称		専門医の 認定機関 (学会)	
②研修の受講状況	難病指定医	研 修 修 了 年 月 日	年 月 日
	協力難病指定医	研 修 修 了 年 月 日	年 月 日
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）※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の写し
又は難病指定医の研修修了を証明する書類の写し
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の写し

※1 専門医に認定されていることを証明する書類の写しを提出する場合は、経歴書は省略可

(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	