第13号様式

（表）

指定医指定申請書

年　　月　　日

　（申請先）

　　横浜市長

住　　所

申請者

医師氏名

電話番号

　　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、次のと

おり申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医の種類（該当するものに☑） | □ 難病指定医　　　□ 協力難病指定医※申請に必要な添付書類は裏面を参照 |
| （フリガナ）氏名 |  |
| 生年月日 |  | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 医籍登録年月日 |  | 年　　　　　月　　　　　日 |
| 医籍登録番号 |  |
| 主たる勤務先の医療機関（横浜市内の医療機関に限る） | 名称 |  |
| 所在地 | 横浜市　　　区 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
|  |  |  |
| 指定医の指定に関する事項（難病指定医は１又は２、協力難病指定医は２を記入してください。） |
| １ | 専門医の資格の名称 | 認定機関 |
| 名称取得年月日　　　　年　　月　　日 | 認定機関名加入年月日　　　　　　　年　　月　　日 |
| ２ | 難病指定医研修又は協力難病指定医研修の受講状況 |
| 研修の名称 | 修了年月日　　　　　年　　　月　　　日 |

（裏）

経歴

※１　５年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴を御記入いただく必要はあり

ません。

※２　専門医の資格をお持ちの場合は、御記入いただく必要はありません。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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　　　 |

※新規申請に必要な添付書類

（必須書類）

□医師免許証の写し

（申請種別によって必要となる書類）

□難病指定医（専門医資格による）　専門医証の写し

□難病指定医（研修受講による）　　研修修了証の写し

□協力難病指定医　　　　　　　　　研修修了証の写し