

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☑)	<input type="checkbox"/> 難病指定医 <input type="checkbox"/> 協力難病指定医 <small>※申請に必要な添付書類は裏面を参照</small>	
(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。)		
	専門医の資格の名称	認定機関
1	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