

# 指定医指定申請書

年 月 日

岡山県知事 殿

医師氏名

住 所 〒

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項  
児童福祉法（昭和22年法律第164号）第19条の3第1項 に規定  
する指定医の指定を受けたいので申請します。

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 ・ 小児慢性特定疾病指定医	
難 病 ・ 小 慢 DB の 利 用 希 望		希望する <input type="checkbox"/> ※勤務先の医療機関で初めてDBの利用登録をされる指定医のうち 1名がDB上「責任者」として登録されます。  指定通知書及びDBのID・パスワード送付先（どちらかにチェック） <input type="checkbox"/> 勤務先の医療機関 <input type="checkbox"/> 申請者自宅	
申 請 要 件	① 専 門 医 資 格 の 名 称	専 門 医 の 認 定 機 関	
	② 研 修 の 名 称	研 修 了 日	年 月 日
※①又は②を記載 ①を記載する場合：専門医資格による申請 ②を記載する場合：都道府県等が実施する指定医の養成に係る研修修了による申請			
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（別紙）
- 2 医師免許証の写し
- 3 専門医資格による申請の場合は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し可）
- 4 都道府県等が実施する指定医の養成に係る研修修了による申請の場合は、当該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	

別紙

# 経 歴 書

※5年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。

年 月 日現在

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
診断又は治療に 従事した期間	従事した医療機関名	
年 月		
～ 年 月		
年 月		
～ 年 月		
年 月		
～ 年 月		
年 月		
～ 年 月		
年 月		
～ 年 月		
年 月		
～ 年 月		
年 月		
～ 年 月		
年 月		
～ 年 月		
合計従事期間	計	年 か月