

様式第1号

指定医指定申請書

* 事務局使用欄 *

(S ・ T ・ C)

--	--	--	--

佐賀県知事 様

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、下記のとおり、必要書類を添えて申請します。

申請日 ○年 ○月 ○日

新規・更新	(更新の場合)指定医番号	4	1	○	○	○	○	○	○	○	○
(更新の場合) 現在の指定期間	○年 ○月 ○日 ~ ○年 ○月 ○日										
申請区分 (いずれかに○)	難病指定医					協力難病指定医					
氏名	佐賀 太郎				電話番号	0952-00-0000					
現住所	〒840-0000 佐賀市○○○丁目○番○号										
生年月日	昭和○(19○○)年 ○月 ○日				年齢	○ 歳					
医籍登録 番号	第 ○○○○○○○○ 号				医籍登録 年月日	平成○年 ○月 ○日					
主たる勤務先 の医療機関 (1か所)	名称	医療法人○○会 県庁病院									
	所在地	〒840-8570 佐賀市城内一丁目○番○号									
	電話番号	0952-00-0000									
	担当する診療科	内科、消化器内科									

九州厚生局等から開設許可を受けた際の名称、所在地等を正確に御記入ください(法人名の有無等)。

①又は②のいずれかの口にチェックして記載してください。

難病指定医…①又は②を記入 協力難病指定医…②を記入

① <input checked="" type="checkbox"/>	専門医資格	専門医の名称	総合内科専門医		専門医の 認定機関 (学会)	日本内科学会
		有効期間	2024年4月1日～ 2030年3月31日			
② <input type="checkbox"/>	研修 受講日	年 月 日				

【注】

- ① 専門医資格による指定を希望される場合
 - 厚生労働省が定める認定機関の認定する専門医資格が必要です。
 - 当該専門医資格を証する書類(有効期間がわかるもの)を添付してください。
 - ② 研修による指定を希望される場合
 - 難病指定医向けオンライン研修修了証(難病指定医の指定に係る研修の受講完了後、研修サイトからダウンロードできる「修了証」)を添付してください。
- ※受講希望の方は、県HPをご確認いただき、当課あてに申請ください。

【裏面は新規の場合のみ記入】

診断又は治療に従事した期間及び医療機関等名称(5年以上従事した期間が必要)

従事した期間	従事した診療科	従事した医療機関名
平成24年4月～平成30年3月	内科	〇〇診療所
平成30年4月～令和3年3月	消化器内科	××クリニック
令和3年4月～現在	内科、消化器内科	医療法人〇〇会 県庁病院
年 月～年 月		
年 月～年 月		
計 12年 0ヶ月	「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載してください。	

指定医の実務経験(「5年以上従事した経験」の考え方)

(1) 規則第15条第1項に規定する「診断又は治療に従事した経験」(以下「実務経験」という。)は、医療機関等において行った患者の診断又は治療(難病に対する診断や治療に限らない。)をいうものであること。

(2) 実務経験の期間については、以下のとおりとすること。

- ① 主として患者の診断又は治療に当たっていた期間を対象とするものとし、診断又は治療に全く当たっていない期間を除くこととすること。
- ② 第2の1のとおり、臨床研修の期間を含むこととすること。
- ③ 診断又は治療に関して行われる症例検討会等への参加、保健所における相談業務等に従事した期間、外国留学等外国において患者の診断又は治療に当たった期間など、患者の診断又は治療に関係する業務等に従事した期間については、これを含むものとする。