

# 指 定 申 請 書 兼 経 歴 書

大阪府知事 様

年 月 日

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について、同法施行規則第16条の規定により、下記のとおり申請します。

申請区分	難病指定医 ・ 協力難病指定医 ※指定を希望する区分に○をしてください。				
申請者氏名	ふりがな	電話番号			
	⑩	生年月日(和暦)	年	月	日
連絡先	〒				
医籍登録番号	第	号	医籍登録年月日	年	月 日
主として指定難病の診断を行う医療機関	医療機関名				
	所在地	〒			
	電話番号				
	担当診療科				
病院等で診療又は治療に従事した期間	計 年 月				
	※診療又は治療に従事した期間には医師法第16条の2に規定される臨床研修期間も含まれます。同期間が5年未満の方は、難病指定医の指定を受けることができません。				
ず 1 れ 又 か は に 2 記 の 入 い	1. 専門医資格で申請する場合	専門医名称		専門医の 認定機関	
		有効期間			
	2. 指定医研修で申請する場合	研修名称		研修修了 年月日	
※過去の修了証では申請できません。Web研修を受講して下さい。					

【提出書類】※大阪府の難病指定医ホームページで確認してください。

難病指定医	1. 専門医資格で申請する場合	①指定申請書兼経歴書
		②医師免許証の写し
		③専門医に認定されていることを証明する書類の写し ※
協力難病指定医	2. 指定医研修で申請する場合 <small>※専門医資格では申請できません。</small>	①指定申請書兼経歴書
		②医師免許証の写し
		③指定医Web研修を修了したことを証明する書類 ※