

様式第3号

指定医指定更新申請書

申請日を記載してください。

令和〇年〇月〇日

山形県知事 殿

申請者

指定医番号 06・・・・

氏名 山形 太郎

申請する区分を○で囲んでください。

指定医の指定の更新を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第17条第2項の規定により、次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			
指定医の指定要件に関する事項	1 専門医の資格を有する場合			
	専門医の資格の名称		専門医の認定機関(学会名)	
	有効期間			
	専門医の資格の名称		専門医の認定機関(学会名)	
	有効期間	年 月 日～ 年 月 日		
	2 専門医の資格を有しない場合			
指定医研修の名称	〇〇指定医研修	研修修了日	令和〇年〇月〇日	

- 備考 1 「申請区分」の欄については、該当するものを○で囲むこと。  
 2 次の書類を添付すること。  
 (1) 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は難病指定医の研修修了を証明する書類の写し（難病指定医の指定の更新を受けようとする場合に限る。）  
 (2) 協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し（協力難病指定医の指定の更新を受けようとする場合に限る。）  
 (3) 医師免許証の写し

受講した研修の別（難病指定医研修又は協力難病指定医研修）と修了証に記載された研修修了年月日を記載してください。