利田八	
新	
島根県難病指定医指定要領	島根県難病指定医指定要領
第1~第9【略】	第1~第9【略】
附 則 <u>1 この要領は、令和4年4月1日から施行する。</u>	附則
別表【略】	別表【略】

<del>  大</del>	-1		(±,7;
様式第	-	T	(表面)

樣式第1号	難病指定医•協力難病指定医	*************************************
	小児慢性特定疾病指定医	担定中语音

年 月 日

島根県知事様

.....

・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・ /におっする

児童福祉法第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、

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

の規定に基づき申請します。

・児童福祉法施行規則第7条の11

申 請 区 分 (該当にO)			難病指定医	• 協	力難病	<b>为指定医</b>	•	小児慢性	生特定疫	医病指	定医	
生 年	F F	3 8	年	月								
医籍	登録	番号				医 第 登録年月	籍日			年	月	В
112	1	専門医の 名 称		専門医の 認定機関 (学会)				専門医の 有効期間	年		月	日迄
かは を②	<b>a</b>	研修の	(難病)	•		研修了日			年	月	E	3
載い	ac 05 (2)	②一研修のト	(小児慢性)			研修了日			年	月	E	3

※ 上記①又は②の記載要領 ①専門医要件での難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合に記載。

②指定医の研修修了資格による難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合、もしくは協力難病指定医の申請の場合に記載。

***			
		医療機関名	
	難 病 指定医	所 在 地	Ŧ
	拍处区	電話番号	
		担当する 診 療 科	
	小児慢性 特定疾病	医療機関名	
			所 在 地
	指定医	電話番号	
		担当する診療科	

#### 添付書類

- 1. 医師免許証の写し(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと)
- 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請の場合は、専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修修了を証明する書類の写し
- 3. 協力難病指定医の申請の場合は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し

(裏面に続く)

#### 様式第1号(表面)

様式第 1 号 難病指定医・協力難病指定医 指定申請書 小児慢性特定疾病指定医

月日

島根県知事 様

氏 名 住 所**〒** 

旧

電話番号

・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、

児童福祉法第19条の3第1項

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

の規定に基づき申請します。

・児童福祉法施行規則第7条の11

		区分 (O)	難病指定医	• 協力	力難症	指定图	•	小児慢性	生特定纲	<b>美病指</b>	定医	
生年月日		3 8	年	月		性	別		男	• 女	5	
医籍登録番号		番号				医登録	籍 年月日			年	月	
ず① れ又	1	専門医の 名 称		専門医の 認定機関 (学会)				専門医の 有効期間	年		月	日迄
かは を② 記の	2	研修の	(難病)			研 修	修 了 日		年	月	E	3
載い	~	名 称	(小児慢性)			研 修	修 了 日		年	月	E	3

※ 上記①又は②の記載要領

ハーエ記のストは色の記載を限 ①専門医要件での難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合に記載。

②指定医の研修修了資格による難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請をする場合、もしくは協力難病指定医の申請の場合に記載。

		医療機関名		
	難 病 指定医	所 在 地	〒	
勤務先の医療機関	16ÆG	電話番号		
		担当する診療科		
	小児慢性	小児慢性	医療機関名	
	特定疾病 指定医	所 在 地	〒	
	(松江市内の 医療機関を除 く)	電話番号		
		担当する 診 磨 科		

#### 添付書類

- 1. 医師免許証の写し(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと)
- 2. 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請の場合は、専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修修了を証明する書類の写し
- 3. 協力難病指定医の申請の場合は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し
- ※ 小児慢性特定疾病指定医の申請で、松江市・松江市外両方に勤務があり、かつ、診断書の作成を両方で行う場合は、島根県と松江市それぞれに申請が必要です。

(裏面に続く)

新

旧

様式第 1	号(裏面	·)				様	式第]	1号(裏面	j)				
〇 主たる! 指定医!	助務先以外に勤証 区分(難病・小!	務し、診断書を作成する。 児慢性)に図を入れてくた	可能性のある医療を	機関があれば記載	載し、かつ、該当する		ラ 表面の 指定医	助務先以外に勤 区分(難病・小!	務し、診断書を作成する 児慢性)に図を入れてく/	可能性のある医療ごさい。	機関があれば記	載し、かつ	)、該当する
□ 単病	医療機関名					1   [	□ 難 病	医療機関名					
1   ""	所 在 地	₸				<b>1</b>   1	XE 7/3	所 在 地	〒				
小 児 慢 性	電話番号			担当する 診療科		111	小 児慢性	電話番号			担当する診療科		
□ 難病	医療機関名		•				□ 難 病	医療機関名				•	
2 -	所 在 地	₸				2		所 在 地	〒				
小 児 慢 性	電話番号			担当する 診療科		111	小児慢性	電話番号			担当する 診療科		
□ 難病	医療機関名		•				□ 難 病	医療機関名				•	
3 🗆	所 在 地	Ŧ				З	3 _	所 在 地	∓				
小児慢性	電話番号			担当する 診療科		<b>1</b>	小児慢性	電話番号			担当する 診療科		
□ 難 病	医療機関名						□ 難 病	医療機関名					
4 🗆	所 在 地	Ŧ				4		所 在 地	₹				
小児慢性	電話番号			担当する 診療科		<b>1</b>	小児慢性	電話番号			担当する 診療科		
□ 難病	医療機関名		•				□ 難 病	医療機関名				•	
5 🗆	所 在 地	Ŧ				5	5 _	所 在 地	∓				
小児慢性	電話番号			担当する 診療科		$] \mid \downarrow$	小児慢性	電話番号			担当する 診療科		
※5年以上の	診断又は治療に従	<b>経</b> 事した経験(臨床研修期間を	<b>歴</b> 含む。)があることだ	<b>書</b> が分かれば、全て <i>0</i>	D経歴を記載する必要はありません。	*	5年以上の	診断又は治療に従	<b>経</b> 事した経験(臨床研修期間を	<b>歴</b> 含む。)があること	書が分かれば、全ての	の経歴を記載	はする必要はありません。
	(は治療に ) た 期 間	従事した診療科		従事した	こ 医療機関名	115		(は治療に ノた 期 間	従事した診療科		従事した	た医療機関	图名
自	年 月					115	自	年 月					
至	年 月					┨╽┝	至	年 月					
至	年 月 年 月	_					<u>自</u> 至	年 月 月 月					
自	年 月					┨╽┝	Ė	年 月					
至	年 月						至	年 月					
自	年 月						É	年 月					
至	年 月					┧╽╠	至	年 月					
自	年 月	-				$      \vdash$	白	年 月	-				
至	年 月 合 計	期間		計	 年 か月	┨╽┝	至	年 月 合 計	期間		計	年	か月
様式第 c		号の2【略】		<u>.</u>			: 大 ′年 ′		 2号の2【略】		<u>.</u>	•	

新

旧

				717 [									IH			
様式	第3月	号(表面)						様式	大第3	号(表面)						
様式	第3号			定医•協力難則 生特定疾病指定		変更届出書		様式	第3号			定医•協力難系 生特定疾病指定		変更届出書	<del>-</del>	
	島根県	知事 様				年	月 E	3	島根県	知事 様					年	月 E
					に規定する指定医の指定について、 出ます。 ・ 協力難病指定医 ・ 小児慢性特定疾病指定医 さ話番号 ) 年 月 日 医療機関名							指定医番号				
					医師氏名								医師氏名			
• 児	児童福祉法第19条の3第1項  「大の事項について変更があったため届け出ます。 ・児童福祉法第19条の3第1項 以下の事項について変更があったため届け出ます。										۱۲,					
		i 区分 i(CO)	難病指	定医 • 協:	力難病指定医	• 小児慢性特定疾	病指定医	]   [		i区分 iにO)	難病指	定医 • 協	力難病指定医	• 小児慢	性特定疾病	<b>为指定医</b>
		指定医	氏名							指定图	医氏名					
変更のあ		連絡	先	(電話番号		)		-   変更 		連絡	各先	(電話番号		)		
事		医籍登録	录番号					る		医籍登	録番号					
項に		医籍登録	年月日		年	月 日		項		医籍登録	禄年月日		年	月	В	
チェ				医療機関名				チ				医療機関名				
ッ   ク			難 病 指定医	所 在 地	Т			»     2			難 病 指定医	所 在 地	₹			
			指定医	電話番号				]    <sup>[</sup> ,			扫疋医	電話番号				
変 更		主 たる 勤務先の		担当する 診 療 科				変 更		主 たる 勤務先の		担当する 診 療 科				
後の		医療機関		医療機関名				後のか	"	医療機関	小児慢性	医療機関名				
内容を			小児慢性 特定疾病	所 在 地	₹			-   内   容 -   を			特定疾病 指定医	所 在 地	₹			
記載			指定医	電話番号				記載			(松江市内の 医療機関を 除く)	電話番号				
4.0				担当する診療科								担当する診療科				
上記	の変更の	)あった年月日	年	月	В			上訂	の変更の	のあった年月日	年	月	В			
(備表 1. 2.	変更の	ない事項につい 登録番号及び!		不要。 こ変更がある場合は	は、医師免許証 <i>の</i>		面に続く)	(備 1. 2. ※	変更の 医籍の 小児慢	性特定疾病指	登録年月日 定医の届出	不要。 こ変更がある場合は で、松江市・松江市9 ぞれに届出が必要で	れ両方に勤務がa			式を両方で? 面に続く)
						(32)	; w.i~ii/i < /	_   _							\ 200 LE	2100 17

様式第	第3号			定医•協力難病生特定疾病指定		変更届出書							
		n 声 详					年	月	В				
	与依果为	□事 様			指定医番号								
					医師氏名								
・難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項・ ・児童福祉法第19条の3第1項 以下の事項について変更があったため届け出ます。													
申請 区 分 (該当にO) 難病指定医・協力難病指定医・ 小児慢性特定疾病指定医													
ग्रह		指定医	指定医氏名										
変更のあ		連絡	先	〒 先 (電話番号 )									
る事		医籍登録	录番号										
, 項 に		医籍登録	年月日		年	月	3						
チェ				医療機関名									
ック			難病	所 在 地	<del>T</del>								
l,			指定医	電話番号									
変更	_	主たる		担当する 診 療 科									
後の・		勤務先の 医療機関	小児慢性	医療機関名									
内容			特定疾病指定医	所 在 地	₹								
を 記 載			(松江市内の 医療機関を 除く)	電話番号									
42.				担当する 診 療 科									
上記の	つ変更の	あった年月日	年	月	В								
(備考	)												

新

様式	第3号	子(裏面)		様式	第3	号(裏面)		
			)務し、診断書を作成する可能性のある医療機関に追加又は変更が 送当する指定医区分(難病・小児慢性)に図を入れてください。	O あ	表面の れば記載	放発に対象に対象し、診 がつ、該当する指	診断書を作成する可能性のある医療機関に追加又は変更が 旨定医区分(難病・小児慢性)に図を入れてください。	
	□	医療機関名	<del>-</del>		単病	医療機関名		
1	小児慢性	面話番号	担当する 診療科	1	小児慢性	電話番号	担当する 診療科	
	□	医療機関名			□ 難病	医療機関名	U2-1944 1 1	
2	小児	所 在 地	担当する	2	小児	所在地	担当する	
		電話番号 医療機関名	診療科		慢性	電話番号医療機関名	診療科	
3	難病	所 在 地	<del></del>	3	難病	所 在 地 〒		
	小児慢性	電話番号	担当する 診療科		小児慢性	電話番号	担当する 診療科	
	□	医療機関名	<del>-</del>		□ 難病	医療機関名		
4	小児	所 在 地電話番号	担当する	4	小児慢性	所在地 電話番号	担当する	
	□	医療機関名	診療科		単病	医療機関名	診療科	
5	無 病 口 小 児	所 在 地	Ŧ	5	地 口 小 児	所 在 地 〒		
		電話番号	担当する 診療科		慢性	電話番号	担当する 診療科	

様式質	第4号	(表面)											
様式第	4号				協力難夠		Ē	更新申	吉聿				
			小児慢	性特定	E疾病指定	定医		<b>2</b> ///17-1					
	島根県知	事様								î	Ŧ	月	
	<b>⊞</b> 1K₩∧⊔	<b>→</b> 184				指定医	番号						
						医師							
						즈 메							
		対する医療等 19条の3第		律第6	条第1項 <b>・</b>	に規定す	る指定医	の指定につ	いて				
		、以下のとお		す。									
	青区分 当に()	難	病指定医	•	協力難病	指定医	•	小児慢性特	寺定疫	<b>F病</b> 指	定医	Ē	
① れ又 かは	1	専門医の 名 称			専門医の 認定機関 (学会)			専門医の 有効期間		年	月	В	迄
を2	2	研修の	(難病)			研修了	修日		年		月	В	
載いず	(2)	名 称	(小児慢性)			研修了	修		年		月	В	
変		指定医氏名						•					
更の		連絡先	₹										
ある	Ш		(電話番号	=			)						
事		医籍登録番号											
項に		医 籍 登録年月日				年		月	E	3			
チェ				医织	療機関名								
ック			難病	所	在 地	₸							
Ļ			指定医	電	話 番 号								
変更	_	主たる		担診	当する 療 科								
後		勤務先の 医療機関		医织	<b>療機関名</b>								
の内			小児慢性 特定疾病	所	在 地	₹							
容を			指定医	電	話番号								
記載					当する								
添付書	類			診	療科	l							
1.		医または小児					専門医に	認定されて	いる	こと	を証明	月する	書類
2.							明する書	言類の写し					
3.	協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し												

(裏面に続く)

<b>以</b> 十 次	1	<b>口</b> .	/ ≠	工)
镁式第	4	77	(表	山山 /

様式第	5 4 号				·協力難系 E疾病指定		医	更新申	請書					
	島根県知			年		月	В							
						指定	医番号							
						医的	币氏名							
・児童	福祉法第	対する医療等 1 9条の3第 、以下のとお	1項		条第1項 •	に規定	する指定医	この指定につ	いて					
	青区分 当に()	難り	病指定医	•	協力難病	指定医	•	小児慢性物	寺定疾	病指:	定医		$\exists$	
① れ又 かは	1	専門医の 名 称			専門医の 認定機関 (学会)			専門医の 有効期間	1	年	月	В	迄	
を②		の場合の	(難病)			研修	修了 日		年	月				
載い ず	_	名 称	(小児慢性)			研 修	修了日		年	月				
変		指定医氏名												
更 の あ		連絡先	〒 (電話番号	3			)							
る 事		医 籍登録番号												
項 に		医 籍 登録年月日				1	Ŧ	月	E	3				
チェ				医卵	療機関名									
ック			難病	所	在 地	₹								
Ļ			指定医		話番号									
変更		主 たる 勤務先の		担診	当する 療 科									
後の		製物先の 医療機関	小児慢性	医卵	療機関名									
内容			特定疾病 指 定 医	所	在 地	∓								
を 記				(松江市内の 医療機関を 除く)	電	話番号								
10		ı	227 37	- 10										

旧

#### 載 添付書類

1. 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の更新申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類 の写しまたは指定医の研修修了を証明する書類の写し

電話番号 担当する

診療科

- 2. 協力難病指定医の申請の際は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し
- 3. 医籍の登録番号及び登録年月日に変更がある場合は、医師免許証の写し
- 小児慢性特定疾病指定医の申請で、松江市・松江市外両方に勤務があり、かつ、診断書の作成を両方で行う 場合は、島根県と松江市それぞれに申請が必要です。

(裏面に続く)

新

旧

様式	第4号	(裏面)			様式	式第4号	子(裏面)			
0	主たる勤 指定医区	務先以外に勤う 分(難病・小児	务し、診断書を作成する可能性のある医療 見慢性)に図を入れてください。	療機関があれば記載し、かつ、該当する	○ <mark>表面の</mark> 勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関があれば記載し、かつ、該当する 指定医区分(難病・小児慢性)に図を入れてください。					
		医療機関名	<del>-</del>				医療機関名			
1	難病	所 在 地				難病	所在地			
	小児慢性	電話番号		担当する。診療科		小児慢性	電話番号	担当する 診療科		
	難病	医療機関名				□ 難病	医療機関名			
2		所 在 地	₹		2	2 -	所在地			
	小児慢性	電話番号		担当する。診療科		小児慢性	電話番号	担当する診療科		
	□ 難病	医療機関名				□ 難 病	医療機関名			
3	小児	所 在 地	₹		3		所在地			
	慢性	電話番号		担当する 診療科		慢性	電話番号	担当する 診療科		
	□ 難病	医療機関名				□ 難病	医療機関名			
4	小児	所 在 地	₹		4		所在地			
	慢性	電話番号		担当する診療科		慢性	電話番号	担当する 診療科		
	□ 難病	医療機関名				□ 難病	医療機関名			
5	口 小児	所 在 地	₹		5		所 在 地 〒			
	慢性	電話番号		担当する 診療科		慢性	電話番号	担当する 診療科		

<b>兼式第5号</b>								
		難病指定医•協定 小児慢性特定疾		辞退届				
					年	月		
島根県知事	■ 様							
指定医番号 指定医番号 医師氏名								
<ul><li>難病の患者に対</li><li>児童福祉法第1</li><li>以下のとおり指</li></ul>	9条の3第1		項・ に規定する	3指定医の指定に	こついて			
指定医氏名								
	₹							
連絡先								
	(電話番号		)					
		医療機関名	Ŧ					
	難 病 指定医	所 在 地	'					
	10/2/2	電話番号						
主 た る勤務先の		担当する 診 療 科						
医療機関		医療機関名						
	小児慢性	所 在 地	₹					
	特定疾病 指 定 医	電話番号						
		担当する診療科						
辞退理由								
* 辞退届の記録	載事項につい	)ては、法令で定める	ものはないため、氵	<b></b> 宮宣省略可。				

			IH							
様式第5号										
様式第5号										
		難病指定医•協小児慢性特定疾		辞退届						
島根県知事	⋾ 様				年	月	В			
			指定医番号							
		医師氏名								
・難病の患者に対 ・児童福祉法第1 以下のとおり指揮	9条の3第		1 項・ に規定する排	旨定医の指定に	こついて					
指定医氏名										
	₹									
連絡先										
	(電話番号	T	)							
		医療機関名								
		所 在 地	₹							
		電話番号								
主たる		担当する 診療科								
勤 務 先 の 医 療 機 関		医療機関名								
	小児慢性 特定疾病	所 在 地	₹							
	指定医 (松江市内の 医療機関を	電話番号								
	除<)	担当する 診療科								
辞退理由		02 224	1							
* 辞退届の記載	載事項につい	ハては、法令で定める	ものはないため、適	官省略可。						