

協力難病指定医指定申請書兼経歴書

山口県知事 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、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。

申請日 ●●年●●月●●日

氏名	○○○○	電話番号	○○○-○○○-○○○	
現住所	〒○○○-○○○○ ○○市○○町○丁目○番-○号			
生年月日	○○年○○月○○日			
医籍登録番号	第 ○○○○○○ 号	医籍登録年月日	○○年○○月○○日	
主たる勤務先の医療機関	名称	●●病院		
	所在地	〒○○○-○○○○ 山口県○○市○○町○丁目○番-○号		
	電話番号	○○○-○○○-○○○		
	担当する診療科名	○○科		
診断又は治療に従事した期間及び病院等名称	従事した期間	従事した病院等の名称		
	●年 ●月 ~ ●年 ●月	○○医院		
	●年 ●月 ~ ●年 ●月	●●病院		
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	年 月 ~ 年 月			
	計 ●年 ●ヶ月			
申請区分	協力難病指定医			
研修、診断・治療の実績	修了した研修の名称	協力難病指定医向けオンライン研修	研修修了年月日	○○年○○月○○日
	指定難病(特定疾患)の診断・治療の実績		有 (主な疾病名 * * * * *) 無	

※5年以上の診断又は治療に従事した経験(臨床研修期間を含む。)があることが分ければ、全ての経歴を記載いただく必要はありません。

(注) 申請上の留意事項

- 1 医師免許証の写し及び研修の修了証の写しを添付してください。
- 2 「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。

(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	〇〇医院
	所在地	〒△△△-△△△△ □□市□□町□丁目□番-□号
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	担当する診療科	〇〇科
2	医療機関名	▲▲病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 ▲▲市▲▲町▲丁目▲番-▲号
	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	担当する診療科	□□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	