指定医指定申請書（兼経歴書）

様式第１号

年　　月　　日

　茨城県知事　殿

　難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項の規定による指定医の指定を受けたいので，関係書類を添えて申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医の区分 | | | | | １　難病指定医　　　　２　協力難病指定医 | | | | | | | | | |
| 現住所 | | | | | 〒 | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | 印 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | 年　齢 | | 歳 | | | 性　別 | | 男　・　女 |
| 連絡先 | | | | | 電話番号 | | | | |  | | | | |
| メールアドレス | | | | |  | | | | |
| 医籍の登録番号 | | | | | 第　　　　　　号 | | | | | 医籍の登録年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 担当する診療科名 | | | | |  | | | | | | | | | |
| ①難病指定医  ※専門医の資格の有無について，「有」又は「無」のいずれかに○を付すこと。 | | 有 | | 認定を受けている専門医の名称 | | | | | | | 専門医の認定機関（学会名） | | | |
| 名称  （有効期限　　　年　　　月　） | | | | | | | 学会名  （加入年月　　　年　　　月　） | | | |
| 名称  （有効期限　　　年　　　月　） | | | | | | | 学会名  （加入年月　　　年　　　月　） | | | |
| 無 | | 研修の修了日 | | | | 平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 受講番号 | | | |  | | | | | | |
| ②協力難病指定医 | | | | 研修の修了日 | | | | 平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 受講番号 | | | |  | | | | | | |
| 主として指定難病の  診断を行う医療機関 | | | | 名称 |  | | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒  茨城県 | | | | | | | | | |
| 経歴書欄 | 診断又は治療に従事した経歴 | | | 従事した期間 | | 従事した病院等の名称  （指定難病の診断及び治療に従事した経験について（　）内に主な疾病名を記載すること。） | | | | | | | | |
| 年　月～　 年　月 | | (　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 年　月～　 年　月 | | (　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 年　月～　 年　月 | | (　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 年　月～　 年　月 | | (　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 年　月～　 年　月 | | (　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 指定書の送付先（※「主として指定難病の診断を行う医療機関」の欄に記載された名称及び所在地以外への送付を希望する場合に記載すること。） |

備考　１　氏名については，記名押印又は自筆による署名のいずれかによること。

　　　２　経歴書の「従事した期間」の欄は，月単位で記入すること。

３　「医師免許証の写し」及び「専門医に認定されていることを証する書類の写し（該当者のみ）」を添付すること。