様式第２号

指定医指定更新申請書

年　　月　　日

　茨城県知事　殿

指定医番号

医師氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　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の更新を受けたいので，次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 指定医の区分 | | | １　難病指定医　　　　２　協力難病指定医 | | |
| 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 | | 年　　　月　　　日 | |
| 受講番号 | |  | |
| ②協力難病指定医 | | 研修の修了日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 受講番号 | |  | |

備考

　１　医師氏名（申請者）の欄については，記名押印又は自筆による署名のいずれかによること。

　２　難病指定医の更新申請については，該当する区分に応じて「専門医に認定されていることを証する書類の写し」又は「難病指定医の研修修了を証明する書類の写し」のいずれかを添付すること。

　３　協力難病指定医の更新申請については，「協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し」を添付すること。

（以下は変更事項がある場合に記入してください。）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 |  | | |
|  | 現住所 | 〒 | | |
|  | 連絡先 | 電話番号 | |  |
| メールアドレス | |  |
|  | 移籍の登録番号 |  | | |
|  | 医籍の登録年月日 | 年　　　　　月　　　　　日 | | |
|  | 担当する診療科名 |  | | |
|  | 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 | |

備考

１　変更のあった事項の□の中にレ印を付し，変更後の内容を記載すること。

２　医籍の登録番号又は医籍の登録年月日の変更がある場合は，医師免許証の写しを添付すること。

３　氏名の変更がある場合は，当該変更を証明する書類（住民票の写し等）を添付すること。