難病指定医指定申請書兼経歴書

様式第１号

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１５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 | | 〒**-** | | | | | | | |
| 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 |  | | | | | | |
| 所在地 | 〒  山口県 | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | |
| 担当する診療科名 |  | | | | | | |
| 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 | | | | |  | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | | | |  | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | | | |  | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | | | |  | | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | | | |  | | | |
| 計　　　年　 　ヶ月 | | | | |  | | | |
| 申請区分 | | 難病指定医 | | | | | | | |
| 専門医資格  ありの場合 | | 専 門 医の  資格の名称 | |  | | 専門医の  認定機関 | | |  |
| 有効期間 | | 年 　月 　日まで | |
| 専門医資格  なしの場合 | | 知事が行う研修 | | 修了済み※ | | 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 | | | |

　※専門医資格がなく、かつ、知事が行う研修を修了していない場合は指定できません。

（注）申請上の留意事項

　１　医師免許証の写しを添付してください。また、専門医資格の認定証等の写しまたは知事が行った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）

指定難病

○　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 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する  診 療 科 |  |
| 2 | 医療機関名 |  |
| 所　在　地 | 〒 |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する  診 療 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 |  |