

指定医指定申請書兼経歴書

栃木県知事 様

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師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条の規定により、下記のとおり申請します。

年 月 日

フリガナ				電話番号			
氏名				メールアドレス			
現住所		〒					
生年月日		年 月 日		性別		男 ・ 女	
医籍登録番号				医 籍 登録年月日		年 月 日	
申請区分		難病指定医 ・ 協力難病指定医					
①又は② のいずれ かを記載 ※	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	
	②	研修の 名 称	研 修 修了日		年 月 日		
※ 上記①又は②の記載要領							
①を記載する場合: 専門医資格による難病指定医の申請の場合。							
②を記載する場合: 栃木県が実施する指定医の要請に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合。							
主たる勤務先の 医 療 機 関		医療機関名					
		所在地	〒				
		電話番号					
		担当する 診 療 科					
診断又は治療に従事した 期間及び医療機関等 名称 ※5年以上の実務経験がある ことが分かれば、全ての経 歴をご記載いただく必要は ありません。		従事した期間	従事した医療機関名			従事した診療科	
		年 月 ~ 年 月					
		年 月 ~ 年 月					
		年 月 ~ 年 月					
		年 月 ~ 年 月					
		年 月 ~ 年 月					
		年 月 ~ 年 月					
		年 月 ~ 年 月					
合計従事期間		計 年 か月					

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. 難病指定医の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類(写し可)
又は難病指定医の研修修了を証明する書類(写し可)
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(写し可)

(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	
	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	
6	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	