指定医指定更新申請書

富山県知事　殿

　難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項に規定する指定医の指定を更新したいので、下記のとおり申請します。

**申　請　日　　　　　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | 　　　　　　　　　　 　　 | 電話番号 |  |
| 指定医番号 |  |
| 現　住　所 | 〒 **-** |
| 生年月日 | 年　　月日 |  年　齢 |  歳 |  性別 |  男・女 |
| 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 | (〒 　 - 　 ) |
| 電話番号 | 　 |
| 担当する診療科名 | 　 |
| 申請区分(該当に○) | 難病指定医　　　　　　　協力難病指定医 |
| 専門医資格あり | 専門医の名称 |  | 専門医の認定機関 |  |
| 有効期間 |  |
| 専門医資格なし | 知事が行う研修の名称 |  | 研修修了年月日 | 年　　月　　日 |

（注）記載上の留意事項

１．「専門医資格あり」の場合、本書に「医師免許証」の写し及び「専門医認定証」等の写しを添付のうえ、提出願います。

２．「専門医資格なし」の場合、本書に「医師免許証」の写し及び知事が行う研修の「修了証」の写し又は難病指定医研修履修確認票を添付のうえ、提出願います。