指定医指定申請書兼経歴書

記載例

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受けたいので、下記のとおり申請します。

**申　請　日　　令和４年　４月　１日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　　名 | | **有磯　光一** | | | 電話番号 | | **076-XXX-XXXX** | |
| 現　住　所 | | (〒**936-0001**)  **滑川市三ヶ○○番地** | | | | | | |
| 生年月日 | | **昭和５１**年　**１**月**１**日 | | | | | | |
| 医籍登録  番　　号 | | 第　　　**９９９９９９**　　　号 | | | 医籍登録  年月日 | | **平成１４**年**７**月**１**日 | |
| 主たる勤務先  の医療機関 | | 名　称 | **かがやき病院** | | | | | |
| 所在地 | (〒**930**-**0001**)**富山市明輪町○番○号** | | | | | |
| 電話番号 | **076-ZZZ-ZZZZ** | | | | | |
| 担当する診療科名 | **内科** | | | | | |
| 診断又は  治療に  従事した  期間及び  病院等名称  （５年以上） | 従事した期間 | | | | | 従事した病院等の名称 | | |
| **Ｈ１４**年　　**７**月　～**Ｈ１７**年　　**３**月 | | | | | **△△大学附属病院** | | |
| **Ｈ１７**年　　**４**月　～**Ｈ２３**年　　**３**月 | | | | | **××市民病院** | | |
| **Ｈ２３**年　　**４**月　～　　　年　　　月 | | | | | **かがやき病院** | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | | | |  | | |
| 年　　　月　～　　　年　　　月 | | | | |  | | |
| 計　**１８**年　　**６**ヶ月 | | | | |  | | |
| 申請区分 | | 難病指定医　　　　　　　　協力難病指定医　　（いずれかに○） | | | | | | |
| 専門医資格  あり | | 専門医の名称 | | **総合内科専門医** | | 専門医の  認定機関 | | **日本内科学会** |
| 有効期間 | | **R2.4.1～R7.3.31** | |
| 専門医資格  なし | | 知事が行う研修の名称 | |  | | 研修修了  年月日 | |  |

（注）記載上の留意事項

１．「従事した期間」は、申請日現在の状況を月単位で記入し、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。

２．「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、提出してください。

３．「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」の写しを添付のうえ、提出してください。

４．２又は３の書類が交付された後に氏名が変更された場合は、本人であることを証明する書類（戸籍抄本等）の写しを添付のうえ、提出してください。