第14号様式

指定医指定申請書兼経歴書

香川県知事　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16条の規定により、下記のとおり申請します。

**申　請　日　　　　　　年　　月　　日**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な | |  | | | | | | | | | | 電話番号 | |  | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒**-** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |  | |  |
| 医　　籍  登録番号 | |  |  |  | | |  |  |  | 医籍  登録年月日 | | |  | | | | 年　　　月　　日 | |
| 申請区分  (いずれかに☑を付けてください。) | | □難病指定医 　　　□協力難病指定医 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 専門医資格  （注１） | | 専門医資格の名称 | | | （有効期限:　　　　年　　月） | | | | | | 認定機関  の名称 | | | |  | | | |
| 研修状況  （注２） | | 研修の名称 | | | （主催者:　　　　　　　　　） | | | | | | 研修の  修了日 | | | | 年　　月　　日 | | | |
| 主たる勤務先  の医療機関  （主として指定難病の診断を行う医療機関） | | 名　称 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | 〒**-** | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 担当する  診療科 | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 経　歴 | 診断又は治療に従事した期間（直近５年間） | | | | | | | | | | 従事した医療機関の名称 | | | | | | | |
| 年　月　～　　　　　年　　　月 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 年　月　～　　　　　年　　　月 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 年　月　～　　　　　年　　　月 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 年　月　～　　　　　年　　　月 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 年　月　～　　　　　年　　　月 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| 計　　　　年　 　ゕ月 | | | | | | | | | |  | | | | | | | |

（注１）「専門医資格」の欄は、専門医資格により難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。

（注２）「研修状況」の欄は、研修修了資格により難病指定医又は協力難病指定医の指定を受けようとする場合のみ記載してください。

【添付書類】

１　医師免許証の写し

２　専門医の資格を証明する書面（専門医資格により難病指定医の指定を受けようとする場合に限る。）

３　知事が行う研修の課程を修了したことを証明する書面（研修修了資格により難病指定医又は協力難病指定医の指定を受けようとする場合に限る。）