

堺市指定医指定申請書兼経歴書

年 月 日

堺市長 殿

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号）第6条第1項に規定する指定医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（平成26年厚生労働省令第121号）第16条の規定により、次のとおり申請します。

申請者 フリガナ 氏名	〒	電話番号	
		メールアドレス (任意)	
送付先 住所			
生年月日	年 月 日	性別	男・女
医籍登録 番号	第 号	医籍登録 年月日	年 月 日
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 診療科名		
病院等で診断 又は治療に従 事した期間	計 年 か月 ※ 指定医の指定を受けるためには、5年以上の実務経験が必要です。 実務経験には医師法（昭和23年法律第201号）に規定する臨床研修の期間も含まれます。		
申請区分 <small>(いずれかに☑を記入すること。)</small>	<input type="checkbox"/> 難病指定医 <input type="checkbox"/> 協力難病指定医		
該 当 項 目 に 記 載 す る こ と。	専門医資格 による難病 指定医の申請	専門医資格 名称 有効期間	専門医の 認定機関
	研修受講による 難病指定医 又は協力難病 指定医の申請	研修名称	研修修了 年月日 年 月 日

注意 自署の場合は、押印を省略することができます。

添付書類

1 難病指定医の場合

- 医師免許証の写し
- 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は難病指定医の研修修了を証明する書類

2 協力難病指定医の場合

- 医師免許証の写し
- 協力難病指定医の研修修了を証明する書類