

堺市指定医指定申請書兼経歴書

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条第1項の規定により、次のとおり申請します。

※必要事項を記入し、該当する項目に☑又は○印を記入してください。

		申請日	年	月	日	
申請者	(フリガナ) 氏名					
	住所	〒				
	電話番号		生年月日	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		医療機関 コード			
	担当する 診療科名					
送付先	区分	<input type="checkbox"/> 申請者宛 <input type="checkbox"/> 上記の医療機関宛 <input type="checkbox"/> 下記のとおり				
	氏名 (名称)					
	住所 (所在地)	〒				
医籍登録 番号		医籍登録 年月日	年	月	日	
病院等で診断 又は治療に 従事した期間	計 年 月 日		<small>※ 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。）。</small>			
指定医の種類	<input type="checkbox"/> 難病指定医（専門医資格保有者・研修修了者） <input type="checkbox"/> 協力難病指定医					
※いずれかに記載する こと。	難病指定医 (専門医資格 保有者)	専門医資格 名称			専門医の 認定機関	
		有効期間	年 月 日		～	年 月 日
	難病指定医 (研修修了者) 又は協力難病 指定医	研 修 実施機関	堺市・その他()		研修修了 年月日	年 月 日
		研修名称	WEB研修 ・ その他 ()			

添付書類

- 1 難病指定医の指定申請の場合
 - (1) 医師免許証の写し
 - (2) 専門医に認定されていることを証明する書類（有効期間が記載されたもの）の写し又は難病指定医の研修修了を証明する書類
- 2 協力難病指定医の指定申請の場合
 - (1) 医師免許証の写し
 - (2) 協力難病指定医の研修修了を証明する書類

事務 処理 欄	受付印	指定医番号							
		有効期間	年	月	日	～	年	月	日
		備考欄							