第１号様式（第１条関係）

指定医指定（更新）申請書兼経歴書

年　　月　　日

　神奈川県知事殿

|  |  |
| --- | --- |
| 申請の種別（該当するものに〇印を付けてください。） | 新規　　・　　更新 |
| （ふりがな）氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　  |
| 指定医番号（更新申請の場合のみ記入してください。） |  |
| 連絡先電話番号 | (勤務先電話番号)(携帯電話等) |
| 生年月日 | 　年 　　　月 　　　日 |
| 医籍の登録番号 | 第　　　　　　号 | 医籍の登録年月日 | 　　年　　　月　　　日 |
| 担当する診療科名 |  |
| 申請する指定医の種類（該当するものに○印を付けてください。） | 難病指定医 | 専門医の資格の有無（該当するものに○印を付けてください。） | 有 | 専門医の認定機関（学会等） | 左記で認定する専門医の資格の名称 |
| 学会名等　　　　　　　　　　　　　　　　 | 名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（有効期限　　　年　　　月　） |
| 学会名等　　　　　　　　　　　　　　　　 | 名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（有効期限　　　年　　　月　） |
| 　　無 | 修了した指定医研修の名称 |  |
| 指定医研修の修了年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 協力難病指定医 | 修了した指定医研修の名称 |  |
| 指定医研修の修了年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 　　経　歴　書 | 診断又は治療に従事した経歴（書ききれない場合は、別紙に記載してください。）  | 従事した期間 | 従事した医療機関名称 |
|  　年　月～　 年　月　　　　　　　　　　　　　　　　 | （診療科：　　　　　　　　）　　　　　　　　　　 |
|  　年　月～　 年　月　　　　　　　　　　　　　　　　 | （診療科：　　　　　　　　）　　　　　　　　　　 |
|  　年　月～　 年　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | （診療科：　　　　　　　　）　　　　　　　　　　 |
|  　年　月～　 年　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | （診療科：　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　 |
|  　年　月～　 年　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | （診療科：　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　 |
| ※５年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。※**新規申請の場合は必ず記入してください。** |
| 主として指定難病の診断を行う医療機関 | （ふりがな）名　称 |  |
| 所在地 | 〒　　　 |

　難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条第1項の規定により、次のとおり申請します。