

指定医指定(更新)申請書兼経歴書

年 月 日

神奈川県知事殿

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。

申請の種別（該当するものに○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 電子メールアドレス		（勤務先）	（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				
（該当するものに○印を付けてください。） 申請する指定医の種類	難病指定医 （該当するものに○印を付けてください。） 専門医の資格の有無	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	
		協指定 力難病	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	
	（新規申請の場合のみ記入してください。） 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	従事した医療機関の名称 （指定難病の診断又は治療に従事した場合は、（ ）内にその疾病名を記入してください。）
			年 月～ 年 月	（ ）
			年 月～ 年 月	（ ）
年 月～ 年 月			（ ）	
年 月～ 年 月			（ ）	
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	〒	