

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		（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				
（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	
	協力指定 難病医	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ければ、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	〒		