|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 別紙様式第１号  **難 病**  　指定医指定申請書兼経歴書 | | | | | |
| 申請区分 | | 該当の区分に  ○をつけてください | 難病指定医 | | | 協力難病指定医 |
| （フリガナ）  氏　　名 | |  | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　　月　　　　日 | | | 年　 齢 | 歳 |
| 連絡先 | | 現　住　所 |  | | | |
| 電 話 番 号 |  | | | |
| メールアドレス |  | | | |
| 勤務先の  医療機関  主たる勤務先を記載  勤務先が複数ある場合は、  裏面に記載 | | 名　　　称 |  | | | |
| 所　在　地 |  | | | |
| 電 話 番 号 |  | | | |
| 担当する診療科名 |  | | | |
| 医籍登録  番　　号 | | 第　　　 　　　　　　　　　号 | | | 医籍登録  年 月 日 | 年　　　月　　　日 |
| 診断又は治療に  従事した期間  及び勤務先の  医療機関の名称  （過去５年以上） | | 期　　間 | | | 医療機関の名称 | |
|  | | |  | |
| 指定要件に  関する事項 | | 難病指定医（①または②の欄を記載） | | | | |
| ①専門医資格 | | 専門医の名称 |  | |
| 有 効 期 間 |  | |
| 認 定 機 関 |  | |
| ②知事が行う研修 | | 研 修 名 称 |  | |
| 修了年月日 |  | |
| 協力難病指定医 | | | | |
| 知事が行う研修 | | 研 修 名 称 |  | |
| 修了年月日 |  | |
| 上記のとおり、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項の規定による指定医の指定の申請をします。    年　　　月　　　日  氏　名  　石 川 県 知 事 　殿 | | | | | | |
| (注)1．医師免許証の写しを添付すること。  　　　2. 専門医の資格を証明する書類の写しを添付すること。（専門医資格による申請の場合のみ）  　　　　 複数の資格がある場合には、それぞれの資格を証明する書類を添付すること。 | | | | | | |

勤務先の医療機関

　〇主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 勤務先の  医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| 勤務先の  医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| 勤務先の  医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| 勤務先の  医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科名 |  |
| 勤務先の  医療機関 | 名　　　称 |  |
| 所　在　地 |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 担当する診療科名 |  |