|  |  |
| --- | --- |
|  | 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 |  |