

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 <small>(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)</small>	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

○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	