

難病

指定医等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 | イシカワ タロウ 石川 太郎 | | |
| 生年月日 | 昭和 ●●年 ●●月 ●●日 | 年齢 | ●● 歳 |
| 連絡先 | 現住所 | 〒920-8580 石川県金沢市鞍月●丁目●番地 | |
| | 電話番号 | 076-225-●●●● | |
| | メールアドレス | Ishikawa××@pref.ishikawa.lg.jp | |
| 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 | 難病対策診療所 | |
| | 所在地 | 〒920-8580 石川県金沢市鞍月1丁目1番地 | |
| | 電話番号 | 076-225-1448 | |
| | 担当する診療科名 | 〇〇科 | |
| 医籍登録 番号 | 第 ●●●●●● 号 | 医籍登録 年月日 | 昭和●●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 | |
| | ●●年●●月～●●年●●月 ●●年●●月～●●年●●月 | 難病対策病院 難病対策診療所 | |
| 専門医資格が複数ある場合には、どれか一つを記載し、それぞれの資格を証明する書類を添付してください。 | | | |
| | | 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 | ●●年度石川県難病指定医研修 |
| | | 修了年月日 | ●●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。 | | | |
| 令和●●年 ●●月 ●●日 | | | |
| 石川県知事 | | 氏名 | 石川 太郎 |
| | | 提出の日を記載 | |
| 添付書類をご確認ください | | | |

指定難病の診断書を作成する
可能性のある主たる勤務先を
記載してください。専門医資格が複数ある場合には、どれか一つを記載し、
それぞれの資格を証明する書類を添付してください。②事前に研修を受講する
必要があります。

令和●●年 ●●月 ●●日

提出の日を記載

氏名 石川 太郎

石川県知事

添付書類をご確認ください

- (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

表面に記載した勤務先以外で、医療機関（石川県内）に勤務している場合、記載すること。

| | | |
|--------------|----------|--------------------------|
| 勤務先の 医療機関 | 名 称 | 難病対策病院 |
| | 所 在 地 | 〒920-×××× 石川県金沢市鞍月○丁目△番地 |
| | 電 話 番 号 | ×××-×××-×××× |
| | 担当する診療科名 | 〇〇科 |
| 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 | |