

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		性別
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	○○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
		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。

②事前に研修を受講する
必要があります。

提出の日を記載

- (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	