

指定医指定申請書兼経歴書

年 月 日

岐阜県知事 様

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条第1項の規定により、下記のとおり申請します。

申請者	フリガナ		性別	生年月日										
	氏名	印										年 月 日		
	連絡先	〒 -												
	住所													
	電話番号													
	メールアドレス													
医籍登録番号	第	号			医籍登録年月日	年 月 日								
指定医の区分	1 難病指定医（①又は②）						2 協力難病指定医（②）							
該当する資格	①専門医	専門医の資格の名称												
		専門医の認定機関												
		有効期間	年 月 日 ~					年 月 日						
	②知事が行う研修を修了	研修の名称												
研修修了年月日		年 月 日												
主として指定難病の診断を行う医療機関	医療機関コード	2	1	1										
	名称													
	所在地	〒 -												
	電話番号													
	担当する診療科名													
経歴書（5年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。）														
診断又は治療に従事した期間			従事した診療科				従事した医療機関の名称							
年 月 ~ 年 月														
年 月 ~ 年 月														
年 月 ~ 年 月														
年 月 ~ 年 月														
年 月 ~ 年 月														
合計従事期間			計 年 か月											

- 備考 1 氏名については、自署又は記名押印をしてください。
 2 「指定医の区分」の1又は2のいずれかを囲み、「該当する資格」のいずれかを記載してください。
 3 「従事した期間」は、月単位で記入し、1か月未満の端数は切り捨ててください。