

# <記入例>

難病

様式第1号

## 難病指定医等指定申請書兼履歴書

〇〇年 〇月 〇日

三重県知事 あて

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定による難病指定医の指定を受けたく申請します。

指定医の種類 (該当するものに○)	難病指定医			協力難病指定医		
(ふりがな) 氏名	みえ たるう 三重 太郎			性別	男・女	
生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			年齢	〇〇歳	
医籍登録年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日			医籍番号	第 〇〇〇〇〇〇 号	
診療科名	●●科 (●●●●)			担当しようとする診療科名を記載してください。 また、ホームページで公表する際に専門分野等を示されたい場合は、( )書きで記載してください。		
主たる勤務先	名称	三重県病院		診断又は治療に5年以上(医師法に規定する臨床研修を受けている期間も含む)に従事したことがわかるよう記載してください。 ※難病以外の診断・治療の経験も含んでいただいて構いません。		
	所在地	〒 514 - 8570 三重県津市広明町13				
	電話番号	059-224-2334				
履歴事項 (概ね過去5年間の難病に関する診療内容等)						
三重県病院 ●●内科で特定疾患の診断・治療に従事				H〇〇年4月~H〇〇年3月		
：				：		
：				：		
：				：		
指定医の指定に関する事項 (難病指定医は①か②のいずれかを記入、協力難病指定医は②を記入)						
①	関係学会加入状況			左記の学会での専門医等の資格		
	学会名	●●学会		資格名	●●専門医	
	(加入年月)	〇〇年 〇〇月		登録等番号	〇〇〇〇〇〇	
			(取得年月)	〇〇年 〇〇月		
②	学会名	難病指定医研修については、開催決定次第、随時案内していきますので、①の専門医資格を有しない場合は、研修受講後に申請を行ってください。		資格名		
				登録等番号		
			(取得年月)	年 月		
	研修会の受講状況					
	研修会名			修了日	年 月 日	

(注) 記載上の留意事項

主たる勤務先は、難病医療を行い得る県内の勤務先を記載すること。

必ず添付してください。

【添付資料】①医師免許証の写し

②専門医の資格を証明する書面または研修の課程を終了したことを証する書面の写し