様式第１号

**指定医指定申請書**

　　年 　　月 　　日

　高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　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、同法施行規則第１５条の規定により、下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |  |
| 医籍の登録番号 |  | 登録年月日 | 　　　年 月 日 |
| 申請区分 | 難病指定医　　・　　協力難病指定医 |
| ①又は②のいずれかに記載 | ① | 専門医の資格の名称 |  | 専門医の認定機関 |  |
| ② | 研修の名称 |  | 研修修了日 |  |
| 上記①又は②の記載要領　①を記載する場合：専門医資格による「難病指定医」の申請の場合に記載してください。　②を記載する場合：都道府県が実施する指定医の養成に係る研修受講による「難病指定医」又は「協力難病指定医」の申請の場合に記載をしてください。 |
| 主たる勤務先の医療機関 | 名　　称 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科目 |  |

添付書類

１　（様式第１号別紙）及び経歴書（様式第２号）

２　医師免許証の写し

３　「難病指定医」の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し）又は「難

病指定医」の研修修了を証明する書類（写し）

４　「協力難病指定医」の申請の際は、「協力難病指定医」の研修修了を証明する書類（写し）

（様式第１号別紙）

**〇主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ５ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |

（様式第２号）

**経　　歴　　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 生年月日 |
| 氏　名 |  | 　　　　年　　月　　日 |
| 診断又は治療に従事した期間 | 診療科 | 従事した医療機関名 |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |

様式第１号

**指定医指定申請書**

 　　年 　　月 　　日

　高知県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名　　　**高知　次郎**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　〒

**「難病指定医」又は「協力難病指定医」のどちらか申請する指定医に〇を記入してください。**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　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、同法施行規則第１５条の規定により、下記のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生年月日 | 　　　　　年　　月　　日 |  |
| 医籍の登録番号 | **第〇〇〇〇〇〇号** | 登録年月日 | **平成××年× 月×日** |
| 申請区分 | 難病指定医　　・　　協力難病指定医 |
| ①又は②のいずれかに記載 | ① | 専門医の資格の名称**どちらかに記入** | **総合内科専門医** | 専門医の認定機関 | **日本内科学会** |
| ② | 研修の名称 | **（協力）難病指定医****オンライン研修** | 研修修了日 | **令和〇〇年〇 月〇日** |
| 上記①又は②の記載要領　①を記載する場合：専門医資格による「難病指定医」の申請の場合に記載してください。　②を記載する場合：都道府県が実施する指定医の養成に係る研修受講による「難病指定医」又は「協力難病指定医」の申請の場合に記載をしてください。　なお、経過的特例による「難病指定医」の申請の場合は、①と②のいずれの記載も不要。 |
| 主たる勤務先の医療機関 | 名　　称 | **○○法人　○○病院** |
| 所在地 | **〒７８０－○○○○****高知市□□町□丁目□番地** |
| 電話番号 | **０８８－８２３－○○○○** |
| 担当する診療科目 | **内科** |

添付書類

１　（様式第１号別紙）及び経歴書（様式第２号）

２　医師免許証の写し

３　「難病指定医」の申請の際は、専門医に認定されていることを証明する書類（写し）又は「難

病指定医」の研修修了を証明する書類（写し）

４　「協力難病指定医」の申請の際は、「協力難病指定医」の研修修了を証明する書類（写し）

（様式第１号別紙）

**〇主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒様式第１号の「主たる勤務先の医療機関」以外で、県内の医療機関において、臨床調査個人票を作成する可能性がある医療機関を記載。 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ２ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ３ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ４ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |
| ５ | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  |
| 担当する診療科 |  |

（様式第２号）

**経　　歴　　書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | **コウチ　ジロウ** | 生年月日 |
| 氏　名 | **高知　次郎** | 　　　　年　　月　　日 |
| 診断又は治療に従事した期間 | 診療科 | 従事した医療機関名 |
| **平成１８年　４月****～　　２２年　３月** | **内科** | **□□病院** |
| **２２年　４月****～　　２６年　３月** | **内科** | **△△病院** |
| **２６年　４月****～　　２６年１０月** | **内科** | **○○病院** |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |
| 年　　月～　　　　年　　月 |  |  |