

指定医指定申請書兼経歴書

栃木県知事 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、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。

平成26年11月1日

フリガナ	トチギ タロウ					電話番号	028-623-3086		
氏名	栃木 太郎					メールアドレス	taro-tochigi@pref.tochigi.lg.jp		
現住所	〒 320-8501 宇都宮市塙田1-1-20								
生年月日	大正・ 昭和 ・平成 50年 1月 1日								
医籍登録番号	1	1	2	2	3	3	医籍登録年月日	大正・昭和・ 平成 14年 3月 10日	
申請区分	難病指定医 協力難病指定医								
①又は②のいずれかを記載※	①	専門医の名称	専門医の資格をお持ちの方は①のみ記載してください。(複数可)			専門医の認定機関(学会)	専門医の有効期間	平成 年 月 日迄	
	②	研修の名称	経過的特例の方(平成29年3月31日までに研修を受ける必要がある場合は①及び②については記載不要です。)			研修修了日	平成 年 月 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。 ②を記載する場合:栃木県が実施する指定医の要請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。 なお、経過的特例による難病指定医の指定申請を行う場合は、①と②のいずれも記載不要。									
主たる勤務先の医療機関	医療機関名	〇〇病院							
	所在地	〒320-0834 宇都宮市本町12-11							
	電話番号	028-623-2323							
	担当する診療科	消化器内科							
診断又は治療に従事した期間及び医療機関等名称 ※5年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。	従事した期間	従事した医療機関名			従事した診療科				
	平成14年 4月 ~ 17年 9月	□□大学病院			消化器内科				
	平成17年10月 ~ 20年 9月	△△病院			内科				
	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 5年 6 か月								

添付書類

- 医師免許証の写し(裏面に書換等の記載のあるものは、裏面も添付のこと)
- 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(写し可)
又は難病指定医の研修修了を証明する書類(写し可)
- 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(写し可)

(裏面に続く)

(裏面)

○ 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	◇◇クリニック
	所在地	〒329-2164 矢板市本町2-25
	電話番号	0287-44-1296
	担当する診療科	内科
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	
6	医療機関名	
	所在地	〒
	電話番号	
	担当する診療科	