様式第１号

難 病 等 指 定 医 指 定 申 請 書

　　　年　　月　　日

愛媛県知事　様

　　　　　　　　　　　　　　　　居住地　〒

　　　　　　　　　　　　医師

　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先　TEL

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16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 | | | |  | | 医籍の登録年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 申　請　区　分 | | | | 難 病 指 定 医　　・　　協 力 難 病 指 定 医 | | | | |
| ①又は②のいずれかを記載※  記載（※１） |  | 専門医の  資格の名称 | |  | | | 専門医の  認定機関 |  |
|  | 研 修 の  名 　 称 | |  | | | 研修の  修了日 | 年　　月　　日 |
| ※ 上記の①又は②の欄の記載要領  ①厚生労働大臣が定める認定機関が認定する専門医の資格による難病指定医の申請の場合に記載する。  ②都道府県等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する。 | | | | | | | | |
| 主たる  勤務先の  医療機関 | | | 名　　　　称 | |  | | | |
| 所 　在 　地 | | 〒 | | | |
| 電 話 番 号 | |  | | | |
| 担当する診療科名 | |  | | | |

注１　用紙の大きさは、日本産業規格Ａ４とすること。

２　医師居住地・連絡先は、医師個人の住所・電話番号を記載すること。

３　主たる勤務先の医療機関は、主として指定難病の診断を行う医療機関について記載すること。

４　次に掲げる書類を添付すること。

(1)　診断又は治療に５年以上従事したことを証する経歴書（様式第２号）。ただし、専門医資格による難病指定医の申請の場合は、（3）の専門医の資格を証明する書面（写し可）の添付により省略可。

(2)　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）。

(3)　専門医の資格を証明する書面又は指定医の研修の課程を修了したことを証明する書面（写し可）。