様式第６号

難病指定医　指定更新申請書

　　　　　 年　　　月　　　日

愛媛県知事　様

指定医番号 《指定番号》

指定医氏名　《指定氏名》

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について、更新したいので、下記のとおり申請します。

|  |
| --- |
| １　申請区分 |
| «現在の区分»  ※指定区分を変更する場合は、新規で申請をし直してください。 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ２　指定医要件 ※①又は②の該当箇所を記載し、必要書類を確認し添付してください。 | | | | |
| ① | 専門医資格 | 専門医資格の名称 | | 専門医の認定機関 |
| ≪専門医の資格名称≫ | |  |
| ※専門医に認定されていることを証明する書類写しを添付 | | |
| ② | 指定医研修 | 研修の名称 | | 研修の修了日 |
| □ | 難病指定医オンライン研修 | 年　　 月　　 日 |
| □ | 難病協力指定医オンライン研修 |
| ※厚生労働省の難病指定医オンライン研修の研修修了証 | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ３　登録内容 ※内容に変更があれば、該当項目にレ印を記載し二重線で抹消し修正してください｡ | | | |
| ふりがな  氏　　名 | | □ | «ふりがな»  «氏名»  ※氏名の変更は、当該変更を証明する書類（戸籍抄本等の写し）を添付 |
| 主たる勤務先 | 医療機関 | □ | «勤務先名称» |
| 所在地 | □ | 〒«郵便番号»  «所在地» |
| 電話番号 | □ | «勤務先電話» |
| 担当する診療科 | □ | «担当する診療科名» |
| 連絡先 | | □ | 〒«〒Dr»  «医師住所» |
| 医籍登録番号 | | □ | «医籍登録番号»  ※医籍の登録番号及び登録年月日に変更は、医師免許証の写しを添付 |