

難病指定医指定申請書

申請日 年 月 日

宮崎県知事 殿

ふりがな
医師氏名

印

〒
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	明 治 大 正 昭 平 成	年 月 日	性 別	男 ・ 女
医籍登録番号			医 籍 登 録 年 月 日	大 正 昭 平 成 年 月 日
①又は② のいずれ かを記載 ※	①	専門医の資格を有する *右欄に専門医名称等を記入すること	学会名 名称 認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	②	難病指定医 研修を 受講済み	研修の 名称	研修 修了日 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申請の場合 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申請の場合 (宮崎県のweb研修を受講した場合は、「宮崎県難病指定医web研修」と記載してください。)				
主たる勤務先の 医療機関	医療機関名			
	所在地	〒		
	電話番号			
	担当する 診療科			

添付書類

1. 経歴書（様式第2号）
2. 医師免許証の写し
3. 専門医資格を有する場合、専門医に認定されていることを証明する書類の写し
※認定期間が申請時点において有効なもの
4. 専門医資格を有しない場合、都道府県が実施する難病指定医研修の修了を証明する書類の写し
※申請日から遡って5年以内に受講したもの

（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	
	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	

経 歴 書

※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。

年 月 日現在

フリガナ		性 別	生 年 月 日						
氏 名	印	男 ・ 女	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日</td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">明治 大正 昭和 平成</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	年	月	日	明治 大正 昭和 平成		
年	月	日							
明治 大正 昭和 平成									
診断又は治療に 従事した期間	従事した診療科	従 事 し た 医 療 機 関 名							
自 年 月									
至 年 月									
自 年 月									
至 年 月									
自 年 月									
至 年 月									
自 年 月									
至 年 月									
自 年 月									
至 年 月									
自 年 月									
至 年 月									
自 年 月									
至 年 月									
自 年 月									
至 年 月									
自 年 月									
至 年 月									
自 年 月									
至 年 月									
合 計 従 事 期 間		計 年 月							