別紙様式第１号

難病指定医指定申請書兼経歴書

宮崎県知事　殿

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 申請日：　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |
| 氏名 |  | | | 電話番号 | | |  |
| メールアドレス | | |  |
| 現住所 | 〒 | | | | | | |
| 生年月日 | 昭和・平成  　年　　　月　　　日 | | | 年齢 | | 歳 | |
| 医籍登録番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | 医籍登録年月日 | | 昭和・平成・令和  　年　　　月　　　日 | |
| 主たる勤務先の医療機関 | 名称 |  | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | |
| 電話番号 | （　　　　　）　　　　　　－ | | | | | |
| 担当診療科 |  | | | | | |
| 診断又は治療に従事した  期間及び  医療機関名称 | 従事した期間 | | | | 従事した医療機関の名称 | | |
| 年　　　月　～　　　　年　　　月 | | | |  | | |
| 年　　　月　～　　　　年　　　月 | | | |  | | |
| 年　　　月　～　　　　年　　　月 | | | |  | | |
| 年　　　月　～　　　　年　　　月 | | | |  | | |
| 年　　　月　～　　　　現在 | | | |  | | |
| 計　　　　　年　　　　　か月 | | ※５年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴を記載する必要はありません。 | | | | |
| 専門医資格  ※1 | 専門医名称 |  | | | 専門医  認定学会 | |  |
| 有効期間 | 年　　月　　日  ～ 　　　　年　　月　　日 | | |
| 難病指定医  研修　　　※2 | 研修名称 |  | | | 研修修了  年月日 | |  |

【記載上の注意事項】

「専門医資格」又は「都道府県知事等が行う研修」のいずれか該当する項目に記載してください。

※1：専門医資格により「難病指定医」の申請を行う場合に記載してください。

※2：専門医資格により「難病指定医」の申請を行う場合は、記載不要です。

※2：厚労省のweb研修を受講した場合は、「難病指定医向けオンライン研修」と記載してください。

【添付書類】

　１　医師免許証の写し

　２　※1（専門医資格にて申請を行う場合）専門医認定証の写し※認定期間が申請時点において有効なもの

　３　※2（専門医資格を有しない場合）都道府県知事等が実施する難病指定医研修の修了を証明する書類

※申請日から遡って５年以内に受講したもの