

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	() ー		
	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ければ、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