

難病指定医・協力難病指定医
小児慢性特定疾病指定医

指定申請書

年 月 日

島根県知事 様

(記名押印又は自筆による署名)

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・
・児童福祉法第19条の3第1項
 - ・難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条
・児童福祉法施行規則第7条の11
- に規定する指定医の指定を受けたいので、
の規定に基づき申請します。

申請区分 (該当に○)		難病指定医 ・ 協力難病指定医 ・ 小児慢性特定疾病指定医					
生年月日		年 月 日		性別		男 ・ 女	
医籍登録番号				医 籍 登録年月日		年 月 日	
① ず れ 又 か は を ② 記 の 載 い	①	専門医の 名 称	専門医の 認定機関 (学会)			専門医の 有効期間	年 月 日迄
	②	研修の 名 称			研 修 了 日	年 月 日	
※ 上記①又は②の記載要領 ①専門医要件での難病指定医または指定医の申請をする場合に記載。 ②県が実施する指定医の研修受講による難病指定医または指定医の申請をする場合、もしくは協力難病指定医の申請の場合に記載。							
勤務先の 医療機関 (診断書を作成 する勤務先)		医療機関名					
		所在地		〒			
		電話番号					
		担当する 診療科					

添付書類

1. 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)
2. 難病指定医または小児慢性特定疾病指定医の申請の場合は、専門医に認定されていることを証明する書類の写しまたは指定医の研修修了を証明する書類の写し
3. 協力難病指定医の申請の場合は、協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し

(裏面に続く)

○ 表面の勤務先以外に勤務し、診断書を作成する可能性のある医療機関があれば記載してください。

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年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）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。

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		
合計 期間		計 年 か月