

指定医指定申請書（新規・更新）

年 月 日

(宛先)

埼玉県知事

申請者氏名

電話番号

難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条第1項の規定により、指定医の指定を受けたいので申請します。

指定医の種類 (該当するものに○)	難病指定医		・	協力難病指定医		
(フリガナ) 氏名			性別			
生年月日	年	月	日	年齢	歳	
医籍登録年月日	年	月	日	医籍登録番号	第 号	
担当する診療科名						
指定難病の診断を行う 医療機関	名称					
	所在地	〒 埼玉県				
	電話番号					
経歴に関する事項（過去5年間の主たる勤務先及び診療に従事した期間）						
主たる勤務先			期間（年 月～年 月）			
<p>※別紙様式第1号「経歴書」に記載し、申請書と共に提出してください。 (専門医の資格を証明する書類を提出する場合は、経歴書の提出は不要です。)</p>						
指定医の指定に関する事項（難病指定医は1又は2を記入、協力難病指定医は2を記入）						
1	専門医の資格の名称			認定機関（関係学会）加入状況		
	専門医の資格の名称	_____		認定機関名	_____	
	登録等番号	_____		(学会名)	_____	
	(取得年月)	年	月)	(加入年月)	年	月)
2	専門医の資格の名称			認定機関名		
	専門医の資格の名称	_____		認定機関名	_____	
	登録等番号	_____		(学会名)	_____	
	(取得年月)	年	月)	(加入年月)	年	月)
知事が行う研修会の受講状況						
2	研修会名			修了日		
				年	月	日

(注) 「指定難病の診断を行う医療機関」欄は、難病医療を行い得る県内の勤務先を記入すること。