

指定医指定申請書

令和〇年〇月〇日

山形県知事 殿

申請者

住 所 山形市松波二丁目8番1号

氏 名 山形 太郎

指定医の指定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第16条第1項の規定により、次のとおり申請します。

|  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| 申請区分   | 難病指定医・ <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">協力難病指定医</span>  |  |   |
| フリガナ   | <span style="background-color: yellow;">ヤマガタ タロウ</span>   |  |   |
| 氏 名  | <span style="background-color: yellow;">山 形 太 郎</span>  |  |   |
| 住 所  | (郵便番号 <span style="background-color: yellow;">990-8570</span> )<br><span style="background-color: yellow;">山形市松波二丁目8番1号</span><br>(電話番号 <span style="background-color: yellow;">023-630-3296</span> ) |  |   |
| 生年月日   | <span style="background-color: yellow;">昭和〇年〇月〇日</span>   | 年 齢  | <span style="background-color: yellow;">〇〇歳</span>      |
| 医 籍 登 録 番 号  | 第 <span style="background-color: yellow;">9999999</span> 号  | 医籍登録年月日  | <span style="background-color: yellow;">昭和〇年〇月〇日</span> |
| 主たる勤務先の医療機関  | 名 称   | <span style="background-color: yellow;">〇〇病院</span>  |   |
|  | 所 在 地   | (郵便番号 <span style="background-color: yellow;">〇〇〇-〇〇〇〇</span> )<br><span style="background-color: yellow;">〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号</span><br>(電話番号 <span style="background-color: yellow;">〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇</span> ) |   |
|  | 担当する診療科名  | <span style="background-color: yellow;">内科</span>  |   |
| 経 歴  | 診断又は治療に従事した期間   | 診療科名   | 医療機関名   |
|  | <span style="background-color: yellow;">H〇〇年 〇月～H〇〇年 〇月</span>  | <span style="background-color: yellow;">内科</span>  | <span style="background-color: yellow;">〇〇病院</span>     |
|  | <span style="background-color: yellow;">H〇〇年 〇月～H〇〇年 〇月</span>  | <span style="background-color: yellow;">内科</span>  | <span style="background-color: yellow;">●●病院</span>     |
|  | <span style="background-color: yellow;">H〇〇年 〇月～H〇〇年 〇月</span>  | <span style="background-color: yellow;">内科</span>  | <span style="background-color: yellow;">□□病院</span>     |
|  | <span style="background-color: yellow;">H〇〇年 〇月～H〇〇年 〇月</span>  | <span style="background-color: yellow;">内科</span>  | <span style="background-color: yellow;">■●病院</span>     |
| <span style="background-color: yellow;">H〇〇年 〇月～H〇〇年 〇月</span> | <span style="background-color: yellow;">内科</span>   | <span style="background-color: yellow;">☆☆病院</span>  |   |
| 指定医の指定要件に関する事項   | 1 専門医の資格を有する場合  |  |   |
|  | 専門医の資格の名称   |  | 専門医の認定機関(学会名)   |
|  | 有効期間  | 年 月 日～年 月 日  |   |
|  | 専門医の資格の名称   |  | 専門医の認定機関(学会名)   |
|  | 有効期間  | 年 月 日～年 月 日  |   |
|  | 2 専門医の資格を有しない場合   |  |   |
| 受講した指定医研修の名称   | <span style="background-color: yellow;">協力難病指定医研修</span>  | 研修修了日  | <span style="background-color: yellow;">〇年〇月〇日</span>   |

從事年数が5年以上であれば、すべて記入いただく必要はありません。

備考 1 「申請区分」及び「性別」の欄については、該当するものを○で囲むこと。

2 次の書類を添付すること。

- (1) 専門医に認定されていることを証明する書類の写し又は難病指定医の研修修了を証明する書類の写し(難病指定医の指定を受けようとする場合に限る。)
- (2) 協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し(協力難病指定医の指定を受けようとする場合に限る。)
- (3) 医師免許証の写し

・県ホームページ「山形県難病指定医・協力難病指定医研修について」から研修を受講いただき、研修修了証をダウンロードしてください。