

指定医指定申請書兼履歴書

氏 名						
生年月日		年	月	日	年 齢	歳
医籍登録番号		第	号	医籍登録年月日		年 月 日
診療科名						
主たる勤務先 ※1		名 称				
		所在地	〒 群馬県			
		電話番号				
履歴事項（過去5年間の主たる勤務先：5年以上の医師経験がわかる内容を記載してください。） ※2						
従事した病院等の名称		従 事 し た 期 間		従事した病院等の名称		従 事 し た 期 間
		年 月～ 年 月				年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月				年 月～ 年 月
		年 月～ 年 月		計		年 ヶ月
申請区分 ※3		難病指定医 ・ 協力難病指定医				
指定要件に関する事項 ※4	専門医資格	専門医の名称等			認定機関（関係学会）加入状況	
		専門医の名称 登録等番号 (取得年月 年 月)			認定機関名 (学会名) (加入年月 年 月)	
	知事研修	専門医の名称 登録等番号 (取得年月 年 月)			認定機関名 (学会名) (加入年月 年 月)	
		研修名称			研修修了年月日	
					年 月 日	

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、上記のとおり申請します。

群馬県知事 あて

年 月 日

氏 名

- ※1 主たる勤務先は、主として指定難病の診断を行う群馬県内の医療機関の記載をお願いします。
- ※2 履歴事項の欄が不足する場合は、「従事した病院等の名称」に「別紙のとおり」と記載し別紙を提出してください。
- ※3 申請区分は「難病指定医」又は「協力難病指定医」のいずれかに○の記載をお願いします。
- ※4 「指定要件に関する事項」については「専門医資格」又は「知事研修」のいずれかに記載をお願いします。
- ※5 当該申請書とともに「医師免許証の写し」「専門医資格を証明する書類の写し（専門医資格がある方のみ）」又は難病指定医（協力難病指定医）の研修修了証（写し可）を添付してください。

（裏面に続く）

(裏面)

○ 主たる勤務先以外に勤務をすることのある医療機関

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	