別紙様式１

**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） | | | | |
| 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 | 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。 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　　月　　　日  群馬県知事　あて  　　　　　　　 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 |  | | |