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 | 　 |