

難病医療費助成指定医指定申請書兼経歴書

岩手県知事 様

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、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第16条の規定により、下記のとおり申請します。

申請日 年 月 日

申請者 ふりがな 氏 名			電話番号		
			メールアドレス		
住 所	〒 -				
生 年 月 日	年 月 日				
医 籍 登 録 番 号	第	号	医籍登録 年 月 日	年 月 日	
申 請 区 分	難病指定医 ・ 協力難病指定医				
主たる勤務先 の医療機関	名 称				
	所 在 地	〒 - Tel ()			
	担当する診療科名				
診断又は治療に従事した期間及び病院等名称※ (5年以上の実務経験があることが分れば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。)	従 事 し た 期 間		従 事 し た 医 療 機 関 名		
	年 月	～	年 月		
	年 月	～	年 月		
	年 月	～	年 月		
	年 月	～	年 月		
	計		年	ヶ月	
難病指定医	① 専門医の資格により申請	専門医の名称	専門医の認定機関		
	② 知事が行う研修を受け申請(専門医資格を有しない場合)	研修名称	研 修 了 日	年 月 日	
協力難病指定医	③ 知事が行う研修を受け申請	研修名称	研 修 了 日	年 月 日	

※ 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載してください。

(裏面に続く)

(裏面)

○主として指定難病の診断を行う医療機関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	〒 Tel ()
	担当する診療科名	
2	医療機関名	
	所在地	〒 Tel ()
	担当する診療科名	
3	医療機関名	
	所在地	〒 Tel ()
	担当する診療科名	
4	医療機関名	
	所在地	〒 Tel ()
	担当する診療科名	
5	医療機関名	
	所在地	〒 Tel ()
	担当する診療科名	

【添付書類】

(共通)

- ・医師免許証の写し

(難病指定医の申請の場合)

- ・専門医に認定されていることを証明する書類 (①による申請の場合)
- ・知事が行う研修を修了したことを証明する書類 (②による申請の場合)

(協力難病指定医の申請の場合)

- ・知事が行う研修を修了したことを証明する書類