様式第１号

指定医指定申請書兼履歴書

　愛知県知事殿

　難病の患者に対する医療等に関する法律（平成２６年法律第５０号）第６条第１項の規定による指定医として指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 申請日：　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | |
| 氏名 |  | | | 電話番号 | | | |  | | |
| メールアドレス | | | |  | | |
| 現住所 | 〒 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日 | | | 年齢 | | 歳 | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 医籍登録番号 | 第　　　　　　　　　　　　　　　号 | | | 医籍登録年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 主たる勤務先医療機関 | 名称 |  | | | | | | | | |
| 所在地 | 〒 | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | |
| 保険医療機関コード | ２３１ | | | | | | | | |
| 担当診療科 |  | | | | | | | | |
| 診断又は治療に従事した  期間及び  医療機関名称 | 従事した期間 | | | | 従事した医療機関の名称 | | | | | |
| 年　　　月　～　　　　年　　　月 | | | |  | | | | | |
| 年　　　月　～　　　　年　　　月 | | | |  | | | | | |
| 年　　　月　～　　　　年　　　月 | | | |  | | | | | |
| 年　　　月　～　　　　年　　　月 | | | |  | | | | | |
| 年　　　月　～　　　　現在 | | | |  | | | | | |
| 計　　　　　年　　　　　ヶ月 | | ※５年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴を御記載いただく必要はありません。 | | | | | | | |
| 申請区分  （いずれかに○） | 難 病 指 定 医　　　・　　　協 力 難 病 指 定 医 | | | | | | | | | |
| 専門医資格 | 専門医名称 |  | | | 専門医  認定学会 | | |  | | |
| 有効期間 |  | | |
| 知事が行う  研修 | 研修名称 |  | | | 研修修了  年月日 | | |  | | |
| 特定疾患治療研究事業の診断書作成実績 | | | | | 有（主な疾病名　　　　　　　　　　　　　）  無 | | | | | |

【記載上の注意事項】

1. 氏名については、記名押印をお願いします。
2. 「専門医資格」又は「知事が行う研修」のいずれかに記載をお願いします。

備考　用紙の大きさは、日本工業規格Ａ４とする。