

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	あいち たろう		申請日	令和4年4月5日	
氏名	愛知 太郎		電話番号	XXX-XXXX-XXXX	
			メールアドレス	XXXXX@XXXXX	
現住所	〒400-0000 ◇◇市□□町1-2-3				
生年月日	昭和55年7月1日	年齢	42歳		
医籍登録番号	第1234567号	医籍登録年月日	平成20年4月1日		
主たる勤務先医療機関	名称	〇〇病院			
	所在地	〒400-0000 〇〇市△△町1-2-3			
	電話番号	XXXX-XX-XXXX			
	保険医療機関コード	231 7654321			
	担当診療科	神経内科			
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			
	平成27年4月 ~ 令和2年3月	☆☆病院			
令和2年4月 ~ 現在	〇〇病院				
計	9年0ヶ月	※5年以上の実務経験がある場合は記載する必要があります。			
申請区分 (いずれかに○)	難病指定医		協力医		
専門医資格	専門医名称	神経内科専門医		専門医 認定学会	日本神経学会
	有効期間	令和2年4月1日 ~ 令和7年3月31日			
知事が行う 研修	研修名称	難病指定医向けオンライン研修		研修修了 年月日	令和4年4月1日
特定疾患治療研究事業の診断書作成実績	有	主たる疾病名		パーキンソン病	

【記載上の注意事項】

「専門医資格」又は「知事が行う研修」のいずれかに該当する項備考 用紙の大きさは、日本工業規格A4とする。

研修の修了証で申請される場合はこちらを記入してください。

標榜診療科全てを記載する必要はありません。実際に診断書を作成することが可能な診療科を記載してください。

直近から5年以上遡った期間のみの記載で結構です。

専門医資格で申請される場合はこちらを記入してください。研修は不要です。