

## 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	×××-××××-××××
		メールアドレス	×××××@×××××
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	××××-××-××××	
	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		
	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ことが分かれれば、全ての経歴を記載する必要はありません。		
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	専門医資格欄は空欄にしてください。(協力難病指定医は専門医資格では認められません。)	
	有効期間		
知事が行う研修	研修名称	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 主な疾病名 パーキンソン病 ) 無		

## 【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目に記載してください。

備考 用紙の大きさは、日本産業規格A4とする。