

難病指定医（協力難病指定医）指定申請書（新規・更新）

（宛先）

滋賀県知事

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、関係書類を添えて次のとおり申請します。

申請する指定医の種類		① 難病指定医 ・ ② 協力難病指定医	
指定医番号			
ふりがな 氏 名			
居住地		〒	
連絡先電話番号			
生年月日		年 月 日	
医籍の登録番号	第 号	医籍の登録年月日	年 月 日
担当しようとする診療科			
※1 難病指定医の 申請の場合	有	認定を受けている専門医	認定機関（学会）名称
		(有効期間 年 月)	
	無	都道府県が行う 指定医研修の名称	
		修了日	年 月 日
※2 協力難病指定医の 申請の場合		都道府県が行う 指定医研修の名称	
		修了日	年 月 日
経 歴	診断または治療に 従事した 履歴	従事期間	従事した病院等の名称
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
主として指定難病 の診断を行う医療 機関		名 称	
		所在地	〒

注1 標題の申請名および申請する指定医の種類欄のうち、該当する事項に○をしてください。

2 指定医番号は、更新の場合のみ記入してください。

3 ※1欄は、難病指定医の申請の場合に記入し、専門医の資格の有無について、いずれか○をしてください。

4 ※2欄は、協力難病指定の申請の場合に記入してください。

5 経歴欄に不足があるときは、別紙（様式任意）に記載してください。

6 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第16条第2項の規定に基づき、必要な書類を添付してください。