様式第６号（第６条関係）

　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） | | | | |  | |
| （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 | | |  | | | |
| 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。