

指定医指定申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

申請者(医師)の氏名, フリガナ, 住所, 電話番号を記入の上, 氏名を記入してください。

フリガナ
医師氏名

〒

住 所

申請区分に○をしてください。

電話番号

難病の医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定を受けたいので、同法施行規則第15条の規定により、下記のとおり申請します。

生 年 月 日	性	医師免許証に記載の医籍登録番号, 医籍登録年月日を記入してください。
医 籍 登 録 番 号	医 籍 登 録 年 月 日	
申 請 区 分	難病指定医(専門医資格・研修)・協力難病指定医	
①又は②のいずれかを記載(※)	① 専門医の認定機関及び専門医資格の名称	学会及び資格の名称 コード
	別添「厚生労働大臣が定める学会が認定する専門医の資格」を参照の上、保有する学会及び資格の名称及びコードを3つまで記入してください。	
②	研 修 名 称	研 修 了 日
※ 上記①又は②の記載要領 ①を記載する場合: 専門医資格による難病指定医の申請の場合。 医療機関コード(7桁)を記入してください。 ②を記載する場合: 県が実施する指定医の養成に係る研修受講による難病指定医又は協力難病指定医の申請の場合。		
主たる勤務先の医療機関	医 療 機 関 コー ド	
	医 療 機 関 名	
	所 在 地	〒
	電 話 番 号	主たる勤務先の名称, 所在地, 電話番号, 担当する診療科を記入してください。
	担 当 す る 診 療 科	

※ 指定医として指定された場合は、氏名、主たる勤務先の医療機関等を県ホームページで随時公表します。

【添付書類】

○難病指定医(専門医資格)を申請する場合

- ・医師免許証の写し
- ・申請時に有効な専門医に認定されていることを証明する書類の写し

○協力難病指定医を申請する場合

- ・経歴書(様式第2号)
- ・医師免許証の写し
- ・協力難病指定医の研修修了を証明する書類の写し

○難病指定医(研修)を申請する場合

- ・経歴書(様式第2号)
- ・医師免許証の写し
- ・難病指定医の研修修了を証明する書類の写し