

指定医指定申請書

年 月 日

鹿児島県知事 殿

フリガナ

医師氏名

〒

住 所

電話番号

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 別	男 ・ 女
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 専門医の関及及び専門医の資格の名称	学会及び資格の名称	コード
	② 研修の名称	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。 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		
	担当診療科		

※ 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