第１号様式（第１条関係）

指定医指定（更新）申請書兼経歴書

年　　月　　日

　神奈川県知事殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請の種別（該当するものに〇印を付けてください。） | | | | | | | | 新規　　・　　更新 | | | |
| （ふりがな）  氏名 | | | | | | | |  | | | |
| 指定医番号（更新申請の場合のみ記入してください。） | | | | | | | |  | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | | | | (勤務先電話番号)  (携帯電話等) | | | |
| 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 |
| 担当する診療科名 | | | | | | | |  | | | |
| 申請する指定医の種類（該当するものに○印を付けてください。） | 難病指定医 | | 専門医の資格の有無（該当するものに○印を付けてください。） | 有 | | 専門医の認定機関（学会等） | | | | 左記で認定する専門医の資格の名称 | |
| 学会名等 | | | | 名称  （有効期限　　　年　　　月　） | |
| 学会名等 | | | | 名称  （有効期限　　　年　　　月　） | |
| 無 | | 修了した指定医研修の名称 | | |  | | |
| 指定医研修の修了年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 協力難病指定医 | | 修了した指定医  研修の名称 | | | | | |  | | |
| 指定医研修の修了年月日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 経　歴　書 | | 診断又は治療に従事した経歴  （書ききれない場合は、別紙に記載してください。） | | | 従事した期間 | | | | 従事した医療機関名称 | | |
| 年　月～　 年　月 | | | | （診療科：　　　　　　　　） | | |
| 年　月～　 年　月 | | | | （診療科：　　　　　　　　） | | |
| 年　月～　 年　月 | | | | （診療科：　　　　　　　　） | | |
| 年　月～　 年　月 | | | | （診療科：　　　　　　　　） | | |
| 年　月～　 年　月 | | | | （診療科：　　　　　　　　） | | |
| ※５年以上の実務経験があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。  ※**新規申請の場合は必ず記入してください。** | | | | | | | | | | | |
| 主として指定難病の診断を行う医療機関 | | | | | （ふりがな）  名　称 | | | |  | | |
| 所在地 | | | | 〒 | | |

　難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第15条第1項の規定により、次のとおり申請します。