

（表）

静岡県指定医番号（更新の場合のみ記入してください。）

--	--	--	--	--	--	--	--

指定医指定（指定更新）申請書（協力難病指定医）

申請区分		協力難病指定医：更新申請の診断書のみ作成可能					
申請者	フリガナ						性別
	氏名						男・女
	住所	郵便番号 -					
	生年月日	大正・昭和・平成・令和		年		月	日
	医籍登録番号					医籍登録日	昭和 平成 令和
	診療等の経験のある指定難病の名称						
	連絡先	電話番号	-		-		
		電子メールアドレス	@				
指定医研修	研修の名称						
	修了日	年		月	日		
主たる勤務先の医療機関	医療機関名称						
	所在地	郵便番号 -		電話番号（ - - ）			
	担当する診療科名						
上記のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則 <input type="checkbox"/> 第15条第1項第2号の協力難病指定医として指定を受けたいので申請します。 <input type="checkbox"/> 第15条第1項第2号の協力難病指定医として指定の更新を受けたいので申請します。 年 月 日							
						静岡県知事 様	

添付書類

- (1) 医師免許証の写し（更新の申請を行う場合においては、医籍登録番号及びその登録年月日に変更がないときは不要です。）
- (2) 経歴書（新規に申請を行う場合は、添付してください。）
- (3) 都道府県知事が行う協力難病指定医研修を修了したことを証明する書類の写し

主たる勤務先の医療機関以外に勤務をすることのある医療機関

1	医療機関名称	
	所在地	郵便番号 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
2	医療機関名称	
	所在地	郵便番号 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
3	医療機関名称	
	所在地	郵便番号 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
4	医療機関名称	
	所在地	郵便番号 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	
5	医療機関名称	
	所在地	郵便番号 -
	電話番号	- -
	担当する診療科名	

注 指定難病患者の臨床調査個人票を記入する見込みのある医療機関について記入してください。